

في الصحة العقلية

الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية

دكتور
سعد جلال

١٩٧٠



دار المعارف بمصر

جامعة الكويت

الرقم

.....23299...

السعر

.....0.500

جامعة الكويت

الرقم 23299...

اسم

.....

اعداد مركز الكمبيوتر

العدد 9005

العدد / العدد

العدد

في الصحة العقلية

الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية

دكتور
سعد جلال

١٩٧٠

توزيع



دار المعارف - مصر

مقدمة الكتاب

ظهر للدؤلف فى سنة ١٩٥٦ كتاب يحمل نفس اسم هذا الكتاب وكانت المكتبة العربية فى حاجة إليه فنقدت طبعته فى نفس العام الذى ظهرت فيه . وابتعد المؤلف فترة عن تدريس مادة الصحة العقلية ، واستوعب كثيراً من المادة التى كان يضمها الكتاب فى مؤلفاته الأخرى ، وتطورت المادة فى محتوياتها وإتجاهاتها ، فكان لزاماً لإعادة طبع الكتاب أن يعاد النظر فى مادته فى ضوء التطورات التى تمت .

وهذا الكتاب وان كان ولا زال يحتفظ بعنوان الطبعة التى ظهرت بنفس الاسم إلا أنه يختلف عنها اختلافاً تاماً . ويمتاز هذا الكتاب بالميزات التالية :

١ - تحقيق الإتجاهات التى رسمتها وترسمها لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الأمم المتحدة ، وسوف يلاحظ القارئ الإشارة المستمرة إلى منشورات هذه اللجنة منذ قيامها فى سنة ١٩٥٠ حتى وقتنا الحالى .

٢ - عرض أهم البحوث العلمية التى تمت فى الميدان حتى وقتنا الحالى لتعريف القارئ العربى بها خاصة المتخصصين لبيان مدى حاجتنا لمواكبة التطور العلمى فى الميدان .

٣ - روعى فى تبويب الكتاب وتصنيف مادته التبويب الذى تتبعه مجلة المستخرجات النفسية The Psychological Abstracts التى تلخص شهرىاً البحوث التى تتم فى بلدان العالم فى ميدان الصحة العقلية والأمراض العقلية حتى يكون تصنيف الأمراض متفقاً مع ما هو متعارف عليه عالمياً .

٤ - سوف يلاحظ القارئ أن البحوث التى تمت الإشارة إليها قد أجريت فى دول مختلفة لها نشاط فى هذا الميدان سواء من الدول الشرقية أو الغربية أو النامية .

٥ - يبرز الكتاب لأول مرة في المكتبة العربية في هذا المجال وجهة النظر
البافلوفية التي تعشقها الدول الاشتراكية بجانب الاتجاهات السائدة في العالم الغربي
وينقسم الكتاب إلى ثلاثة أقسام :

يضم القسم الأول عرضا تاريخيا للدراس العقلية من ناحية النظرة إلى هذه
الأمراض ومن ناحية التطور الفكري في ميدان الطب العقلي ، والصحة العقلية
ومبادئها وبرامجها والأولويات في هذه البرامج ، ثم عرضا لأمراض العصاب
النفسى وتفسيرها ، والذهان الوظيفي بأنواعه .

أما القسم الثاني فيضم الأمراض النفسجسمية والإضطرابات المصاحبة في
المخ ، والصرع ، والضعف العقلي ، ثم الإضطرابات السلوكية : إدمان الخمر
والمخدرات ، والإنتحار ، والجريمة وإلحراف الأحداث . والشذوذ الجنسي .

ويهتم القسم الثالث بالعوامل السببية طبقا لمفهوم بلوره الكاتب له مظاهر
خمس هي الأسرة ، والمجتمع ، والدين ، والحاجة إلى القوة ، والجنس .

وكنا نود إختتام الكتاب بقسم عن العلاج النفسى غير أنى وجدت أن
موضوع العلاج النفسى وقد أهمل في العالم العربى يستحق تقدما وافيا فأثرت
أن أفرد له مجلدا مستقلا سوف يظهر فى القريب .

والكتاب بهذا الشكل يسد حاجة طلبة كليات المعلمين وممـاهـد الخدمة
الاجتماعية والطب والعاملين فى ميدان الرعاية الطبية والاجتماعية .

ندأل الله التوفيق ؟

دكتور سعد جلال

الاسكندرية - يناير سنة ١٩٧٠

القسم الأول

الباب الاول

المرض العقل في الماضي والحاضر

١٩	...	...	...	الفصل الاول - المرض العقلي بين الخرافة والعلم
١٩	...	...	...	مقدمة
٢٠	...	...	...	١ - المجتمعات البدائية
٢١	...	...	...	٢ - المصريون القدماء
٢٢	...	...	...	٣ - العرب في الجاهلية
٢٣	...	...	...	٤ - العصر اليوناني والعصر الروماني
٢٤	...	...	...	أبقرراط
٢٦	...	...	...	أسكليبياديس
٢٧	...	...	...	سورانوس
٢٨	...	...	...	جالينوس
٢٩	...	...	...	٥ - العصور الوسطى
٢٩	...	...	...	ا - في الغرب
٣١	...	...	...	ب - في العالم الاسلامي
٣٦	...	...	...	٦ - عصر النهضة والعصر الحديث...
٣٧	...	...	...	جوهان ويدير
٤٣	...	...	...	٧ - في القرن العشرين

الصفحة	
١٠٦	الفصل الرابع - المبادئ والأولويات في ميدان الصحة العقلية ...
١٠٦	مدى إنتشار الاضطرابات العقلية والنفسية
١١٠	التسهيلات العلاجية
١١١	برامج الوقاية كما أوصت بها منظمة الصحة العالمية ...
١١٣	صيانة الصحة العقلية
١١٤	الاتجاهات الحالية في ضوء توصيات منظمة الصحة العالمية ...
١١٤	١ - ضبط العوامل البيئية
١١٥	٢ - الاهتمام بالصحة الجنسية... ..
١١٥	٣ - الاهتمام برفع المستوى الثقافي للواطنين ...
١١٦	٤ - رعاية الأمهات الحوامل
١١٧	٥ - التربية الصحية
١١٧	٦ - المستشفيات
١١٨	٧ - النشاط المحلي
١١٨	٨ - الطب العقلي الاجتماعي
١٢٠	٩ - الخدمة الاجتماعية الطب عقلية
	١٠ - توزيع الأمراض العقلية ومعرفة اتجاهات الجماهير
١٢١	وتغييرها
١٢٣	١١ - البحث العلمي وتبادل المعرفة

الباب الثالث

تصنيف الامراض النفسية والعقلية واعراضها

١٢٨	...	...	تصنيف الامراض النفسية والعقلية	الفصل الخامس -
١٢٨	...	...	...	مقدمة
١٢٩	...	...	...	العصاب والذهان
١٣٦	...	...	...	تصنيف الامراض النفسية والعقلية
١٣٦	...	...	...	التصنيف
١٣٨	...	...	...	الفصل السادس - الاعراض المرضية
١٣٨	...	...	...	١ - الاضطرابات الادراكية
١٣٨	...	...	...	المهلوسة
١٤٢	...	...	...	٢ - اضطرابات الذاكرة
١٤٣	...	...	...	٣ - اضطرابات التفكير
١٤٧	...	...	...	٤ - الاضطرابات الوجدانية
١٥٠	...	...	...	٥ - اضطرابات الارادة

الباب الرابع

العصاب النفسي

١٥٥	...	...	...	الفصل السابع - الامراض العصائية النفسية
١٥٦	...	...	...	جذبات القلق
١٥٨	...	...	...	المستثريا

الصفحة

١٦٥	...	...	...	...	العصاب القهري
١٦٧	...	...	...	...	التيوروستانيا ...
١٧٠	...	...	...	...	الرجع العصبي

الفصل الثامن - تفسير العصاب النفسي

١٧١	...	...	...	...	١ - فرويد
١٧٤	...	...	...	...	٢ - إريك فروم
١٧٦	...	...	...	...	٣ - كارن هورناي
١٧٨	...	...	...	...	٤ - مدرسة الذات
١٨٢	...	...	...	...	٥ - التفسير البافلوني للعصاب

الفصل التاسع - بحوث في العصاب النفسي

١٨٤	...	...	...	...	مدى تواتر الأعراض العصابية
١٨٦	...	...	...	...	العصابيون والانجباب ...
١٨٦	...	...	...	...	إحتمالات الشفاء من الامراض العصابية
١٩٢	...	...	...	...	الانطوائية والانبساطية والعصاب النفسي

الباب الخامس

الذهان الوظيفي

١٩٧	مقدمة - الامراض الذهانية الوظيفية
-----	-----	-----	-----	-----	-----------------------------------

الفصل العاشر - انفصام

١٩٩	حالات ...
-----	-----	-----	-----	-----	-----------

الصفحة

٢٢٧	...	...	٢ - الاكتاب وقتان احد الابوين...
٢٢٩	...	...	تفسير الاكتاب
٢٢٩	...	...	١ - التفسير الفرويدى
٢٣٠	...	...	٢ - تفسير مدرسة الذات
٢٣١	...	...	٣ - التفسير البابلوفى
٢٣٣	...	...	الفصل الثانى عشر - ذهان الاضطهاد
٢٣٣	...	...	أعراضه
٢٣٥	...	...	تفسير ذهان الاضطهاد
٢٤٠	...	...	مراجع القسم الاول

القسم الثانى

الباب السادس

الاضطرابات النفسجسمية

٢٥٩	...	...	الفصل الثالث عشر - الاضطرابات النفسجسمية
٢٥٩	...	...	مقدمة
٢٦١	...	...	تحديد المفاهيم
٢٦١	...	...	الطب النفسجسمى
٢٦٢	...	...	الاضطرابات النفسجسمية
٢٦٤	...	...	التناقض الذى يحمله مصطلح النفسجسمية
٢٦٥	...	...	أسباب الاضطرابات النفسجسمية

الصفحة

٢٦٥	...	...	...	١ - الشدائد أو الضغوط والعناء
٢٦٦	...	...	...	٢ - النوعية
٢٦٧	...	...	...	٣ - هل توجد نظرية
٢٦٩	...	...	...	الفصل الرابع عشر - المصاحبات النفسية لبعض الأمراض
٢٦٩	...	...	...	سيكلوجية المريض
٢٧٤	...	...	...	أمراض القلب
٢٧٥	...	...	...	أمراض الجهاز الهضمي
٢٧٧	...	...	...	الربو

الباب السابع

الاضطرابات العضوية في المخ ، والصرع ، والتأخر العقلي

والشيخوخة

٢٨٣	...	...	...	الفصل الخامس عشر - الاضطرابات العضوية في المخ
٢٨٤	...	...	...	١ - أورام المخ
٢٨٦	...	...	...	٢ - الشلل الاهتزازي
٢٨٧	...	...	...	٣ - شلل القشرة المخية
٢٨٨	...	...	...	٤ - خوريا هنتجت
٢٨٩	...	...	...	٥ - الشلل العام
٢٩٠	...	...	...	٦ - الصرع

الصفحة

٢٩٥	...	...	...	...	الفصل السادس عشر - التأخر العقلي
٢٩٥	...	...	...	...	مقدمة
٢٩٥	...	...	...	...	حجم وشبكة التأخر العقلي
٢٩٧	...	...	...	...	محكات التأخر العقلي
٢٩٨	...	...	...	...	تصنيف التخلف العقلي
٢٩٩	...	...	...	...	١ - التصنيف القانوني الإداري
٢٩٩	...	...	...	...	٢ - التصنيف الاجتماعي
٣٠٠	...	...	...	...	٣ - التصنيف القياسي النفسي
٣٠٣	...	...	...	...	٤ - التصنيف تبعاً للأسباب
٣٠٥	...	...	...	...	٥ - التصنيف الطبي الكلينيكي
٣٠٩	...	...	...	...	٦ - التصنيف الدولي للأمراض
٣١١	...	...	...	...	أسباب التأخر العقلي
٣١٣	...	...	...	...	القدرات المختلفة والمميزات النفسية للمتخلفين عقلياً
٣١٩	...	...	...	...	الفصل السابع عشر - الشيخوخة
٣١٩	...	...	...	...	مقدمة
٣٢٠	...	...	...	...	الصحة العقلية للمسنين في ضوء التغير الثقافي
٣٢٢	...	...	...	...	منى تواتر الأمراض العقلية بين المسنين
٣٢٤	...	...	...	...	التغيرات النفسية في الشيخوخة
٣٢٥	...	...	...	...	العوامل التي تؤدي إلى اضطراب المسنين
٣٢٥	...	...	...	...	١ - العوامل الاجتماعية الاقتصادية
٣٢٦	...	...	...	...	٢ - العوامل النفسية والمرضية

المنحة

- ٢ - العوامل الجسمية ٢٢٦
الأمراض العقلية في الشيخوخة... ... ٢٢٦

الباب الثامن

الانحرافات السلوكية

الجريمة ، وانحراف الأحداث ، والتسلوذج الجنسى ، وادمان الخمر والخدرات
والاعتقار

- الفصل الثامن عشر - الجريمة والانحراف ٢٣١
لمحة تاريخية ٢٣١
١ - طبيعة الإنسان أم المجتمع ٢٣١
٢ - مبدأ اللذة والالم ٢٣٢
٣ - مبدأ الارادة الحرة ٢٣٣
٤ - النظرية الإيجابية ٢٣٤
معارضة نظريات الوراثة ٢٣٦
بعض النظريات البيولوجية والجسمية في تفسير الجريمة ٢٣٩
١ - الجهاز العصبي ٢٣٩
نظرية فريمان (١٩٤٨) ٢٣٩
فرض الطاقة الجسمية ٢٤١
٢ - الغدد الصماء ٢٤٢
٣ - الانماط الجسمية ٢٤٤
الموقف الحالي في تفسير الجريمة ٢٤٦

الصفحة

٢٤٩	...	...	...	السيكوباثية والجريمة
٢٥٥	...	...	...	الموقف الحالي للتشخيص بالسيكوباثية
٢٥٥	...	...	...	النظريات التي تفسر السلوك السيكوباثي
٢٥٦	...	...	...	١ - الفرض الوراثي
٢٥٨	...	...	...	٢ - فرض « المنع الشاذ »
٢٥٩	...	...	...	٣ - الفرض النفسي
٢٦١	...	...	...	علاج السيكوباثي
٢٦١	...	...	...	الفصل التاسع عشر - إنحراف الأحداث
٢٦١	...	...	...	من هو الحدث المنحرف
٢٦٦	...	...	...	أسباب أنحراف الأحداث
٢٦٧	...	...	...	الذكاء وانحراف الأحداث
٢٦٩	...	...	...	التحصيل المدرسي والانحراف
٢٧٠	...	...	...	الأمراض النفسية والعقلية وانحراف الأحداث
٢٧٤	...	...	...	أنماط الأحداث المتحرفين
٢٧٤	...	...	...	١ - حدث العصاة
٢٧٥	...	...	...	٢ - الاعتدائي الاجتماعي
٢٧٧	...	...	...	٣ - المتحرف العرضي
٢٧٧	...	...	...	٤ - المتحرف العصبي
٢٧٨	...	...	...	٥ - النمط المختلط
٢٧٩	...	...	...	التنبؤ بالانحراف أو الجناح

٢٨١	...	...	...	...	معاملة الأحداث المنحرفين
٢٨٥	...	...	...	...	الاتجاهات الحديثة في معاملة الأحداث
٢٨٦	...	...	...	...	أ - الوقاية
٢٨٨	...	...	...	...	ب - العلاج دون ايداع في المؤسسات
٢٩٠	...	...	...	...	ج - المؤسسات الحديثة
٢٩٢	...	...	...	...	الاختيار للايداع في المؤسسات
٢٩٥	...	...	...	...	اجراءات معاملة الأحداث المنحرفين
٢٩٧	...	...	...	...	المعاملة داخل المؤسسات
٢٩٨	...	...	...	...	الخدمات المتخصصة
٢٩٨	...	...	...	...	١ - التعريف
٢٩٩	...	...	...	...	٢ - التقويم الفردي
٤٠٠	...	...	...	...	٣ - التعليم المدرسي
٤٠٠	...	...	...	...	٤ - التدريب المهني
٤٠٢	...	...	...	...	٥ - الخدمات الصحية
٤٠٢	...	...	...	...	٦ - التوجيه والعلاج النفسي
٤٠٣	...	...	...	...	٧ - خدمات أخرى
٤٠٤	...	...	...	...	تطوير معاملة الأحداث في مصر
٤٠٦	...	...	...	...	الفصل العشرون - الشذوذ الجنسي
٤٠٦	...	...	...	...	مراحل النمو الجنسي
٤٠٧	...	...	...	...	١ - المرحلة النموية المبكرة
٤٠٧	...	...	...	...	٢ - المرحلة النموية الثانية

الصفحة

٢ - المرحلة الشرجية	٤٠٩
٤ - المرحلة القضائية	٤١١
٥ - مرحلة الكون	٤١٢
٦ - دور المراهقة والتضج الجنسي	٤١٣
أنواع الانحرافات الجنسية	٤١٩
الجنسية المثلية	٤١٩
المادة السرية	٤٢٩
الانحرافات الجنسية الأخرى	٤٣٢
الفرق بين الانحراف الجنسي والجريمة الجنسية	٤٣٥
علاج مرتكبي الجرائم الجنسية والمنحرفين جنسيا	٤٤٠

الفصل الواحد والعشرون - الادمان ٤٤٢

١ - ادمان المخدرات ٤٤٢

مقدمة	٤٤٢
تعريف	٤٤٢
الفروق الثقافية في تعاطي المخدرات	٤٤٥
مجموعة أمراض الحرمان	٤٤٧
الآثار الخاصة لبعض المخدرات	٤٤٧
الادمان والناحية الجنسية	٤٤٩
الادمان والأمراض العقلية	٤٥٠
كيف تتكون عادة الادمان	٤٥٢

الصفحة

١ - رأى علماء الاجتماع ... ٤٥٣

٢ - رأى علماء النفس ... ٤٥٤

٣ - رأى علماء التحليل النفسى ... ٤٥٥

٢ - ادمان الخمر ٤٥٧

بحوث ودراسات ... ٤٥٩

علاج الادمان ... ٤٦١

ذهانات الادمان ... ٤٦٣

١ - الهذيان الرعاشى ... ٤٦٣

٢ - ذهان كورساكوف ... ٤٦٤

٣ - هلوسة الخمر واضطهاديتها ... ٤٦٥

الفصل الثانى والعشرون - الانتحار ... ٤٦٧

الدراسات المسحية ... ٤٦٨

الانتحار بين المراهقين والشباب ... ٤٧١

الانتحار ومحاولة الانتحار ... ٤٧٥

الانتحار والأمراض النفسية والعقلية ... ٤٧٧

الأسماف النفسى فى حالات الانتحار ... ٤٨٠

القسم الثالث

الباب التاسع

حول العوامل السببية والعلاج النفسى

٤٨٥ ...	الفصل الثالث والعشرون — حول العوامل السببية والعلاج النفسى
٤٨٥ ...	مقدمة
٤٨٦ ...	أ - العلاقات الأسرية
٤٩٥ ...	ب - العلاقات بالناس
٥٠٤ ...	ج - العلاقة بالله
٥٠٧ ...	مراجع القسم الثانى

الباب الأول

المرض العقلي في الماضي والحاضر

الفصل الأول

المرض العقلي بين الخرافة والعلم

مقدمة :

يحدثنا التاريخ أنه كان يوجد في بروسيا قانون ظل معمولاً به حتى سنة ١٢٣٠ يسمح للبرء بالتخلي عن نسائه وأطفاله وإخوانه وأخواته إذا مرضوا ، وتحل عليه البركات إذا أحرقهم وأحرق نفسه معهم إن كان مريضاً هو أيضاً .

وقد يبدو لنا أن مثل هذا القانون ينطوي على وحشية تناقض كل القيم الإنسانية ، لأننا نقدم حالياً لمرضاينا كل رعاية وكل اهتمام ونضحى بالغالي والنفيس حتى يتم لهم الشفاء . ويحز فينا الألم ويتعذب ضمير الإنسانية أمام عجز المحرومين إقتصادياً عن الحصول على الخدمات الطبية لمرضاهم . ومع ذلك ليس من المغالاة أن نقول أننا إذا تعمقنا في دخائل أنفسنا نجد أننا نشعر أحياناً بنضاضة وبخوف من مرضانا إذا طالت مدة المرض أو كان المرض معدياً بما يعكس بعض الرواسب المتخلفة من التراث الذي خلفه لنا من صنعوا مثل هذا القانون ومعاملة المرضى بالجذام وذات الرئة ومن اليهم وإلى عهد قريب - أحسن مثل على ذلك .

إذا قارنا ذلك بالأمراض العقلية نجد الصورة مروعة . إذ اتسمت معاملة هؤلاء المرضى بالعنف والقسوة والاضطهاد والجهل والخرافة . إذ كان المرضى يصفدون بالأغلال ، وتسكوى أجسامهم بالثآليل ، ويتعرضون لكل ما يمكن أن يتفق عنه الذهن من صنوف التعذيب . وكانت ولا زالت الفاظ مثل الجنون والخبيل تحمل في طياتها معاني التحقير والانتهاك والرهبة والفرع . وهذه الاتجاهات

قديمة قدم التاريخ ، ولا زالت لها رواسيها في طبقات نفوس الكثيرين منها بلغوا من علم وثقافة . حقا إننا نستخدم الآن ألفاظا مثل المرض العقلي والمريض عقليا لأنها أخف وقعا على السمع من ألفاظ المجنون والمجنول والجنون والخبل وما إليها ومع ذلك فهل غيرت الألفاظ من المحتوى والمضمون؟ وهل غيرت من اتجاهاتنا النفسية نحو المرضى بأمراض عقلية ؟

إن كل مريض بمرض عقلي إما أنه يرفض بقاء الحياة التي يحياها الناس ويحبونها وحينئذ كان يتهم بالهرطقة أو السحرا أو الشهوذة ، أو أنه يستسلم بسلبية لعجزه عن تقبل هذه الحياة وحينئذ كان يقال عنه مسحورا . وهذا هو الأساس الذي كان من أجله يحرق الناس ويعذبون ويسجنون وإن كانت هذه المعاملة قد انتهت الآن إلا أنه لها رواسيها فيما يتعرض له هؤلاء المرضى حاليا من إهمال وتجاهل واستغلال . وسوف نستعرض في هذا الفصل المعاملة التي كان يعامل بها المرضى عقليا على مر العصور .

١ - المجتمعات البدائية :

لقد بينت الدراسات التي تمت للشعوب البدائية لمحاولة فهم سر الخليفة أن الرجل البدائي كان يعتقد دائما في وجود مخلوقات حوله لا يراها لكنه يسمع أصواتها في زفيف الريح ، وحفيف أوراق الشجر ، وخرير ماء الأنهار ، وصوت المطر ، وزئير العواصف ، وتلاطم أمواج البحر ، وفي صوت الرعد . وكانت هذه المخلوقات غير المرئية غامضة وغير متوقعة . فتصورها تتقمص الحيوانات وغيره من البشر ، كما تصور أن بعضها شريرا وبعضها طيبا ، ومنها القوى الذي يخشى بأسه ومنها الضعيف الذي لا يركن إليه . وهكذا نظم آلهته سواء كانت طيبة أو شريرة في شكل طبقتي تبعا لاسبقيتها في العبادة والتبجيل .

وكم أحس المسافر والمكتشف وهو يضرب وحيدا في البعيد أو متسلقا قمم

الجبـال أو مـخترقـا البـحر بأنه ليس وحده إذ يوجد لديه الاحساس بأن هناك دائماً من يصحبه أو يرقبه . وكلما زاد جهل الانسان بالعالم المحيط به كلما فسر الظواهر على أنها من فعل هذه الأرواح الطيبة أو الشريرة .

وكان من بين رجال القبائل من هم في نظر أفراد القبيلة أقدر على الاتصال بتلك الأرواح وتطويعها للخير أو للشر . فكانوا كهنة القبيلة وعرافيها وسحرتـها ومشعوذـيها .

ولجأ إليهم الناس في الأزمات وفي المرض . وابتدع السكينة أو اكتشفوا بعض العقاقير التي كانت تشفي بعض الأمراض... فكانوا الأطباء والمعالجين... وكان يتم على أيديهم الشفاء .

وفي مجال الأمراض العقلية كانت مشكلة المريض غالباً في مجال السلوك وفي مجال علاقاته بغيره . ولم يكن لديه ما يشكو منه صحيحاً إذ كان في العادة إما يلوم نفسه أو يلوم غيره . وحينئذ كان يبدو مختلفاً عما كان عليه وكان هذا الاختلاف أو التغير يعزى إلى شيطان من الشياطين تجسده . أما إذا كان إله طيب قد تجسده فكان ينطقه بالحكمة وحينئذ تسمو به القبيـلة إلى مرتبة الأنبياء . ولا زالت مثل هذه المعتقدات سائدة بين كثير من القبائل البدائية .

٢ - المصريون القدماء :

وعلى الرغم من أن العالم يعترف لقدماء المصريين بأنهم الذين وضعوا أساس الطب واقتبسته منهم شعوب الشرق القديم كالليونان وسكان جزيرة العرب وغيرهم ، يقول التجاني الماحي (١٩٥٩)

« كانت الفكرة السائدة لديهم أن الأمراض تنشأ من غضب آلهتهم أو من تأثير أرواح الموتى وتقمصها لجسد المريض وإملاكه وأن هذه الأرواح بعد دخولها للجسم منها ما يصيب العظام ومنها ما يفتك بالأمعاء ومنها ما يشرب دم

المريض أو يعيش على لحمه ويموت المريض من جراء فتكها بأجهزته إلا إذا كان في الاستطاعة طردها قبل أن تسبب أذى جسيماً بجسده ، ولذا كان من أهم دعائهم معرفة الطلسم والسحر لطرد هذه الأرواح الخطرة والقضاء عليها بالتعاون والرقى . ثم يشرع بعد ذلك في استعمال الدواء والغذاء لمعالجة الأضرار الحسية التي نشأت من دخول الروح الشريرة لجسد المريض وكانوا يعلقون قطعاً من الحجارة أو الخرز أو الخشب على رقابهم أو من يربطونها بعضو من أعضائهم إلتقاء للرض وكان السكته يعالجون هذه الرقى بقراءة الطلاسم السحرية قبل استعمالها . لقد كانوا يعتمدون في معالجتهم على الرقى والعزائم السحرية أكثر من اعتمادهم على العقاقير الطبية .

٣- العرب في الجاهلية :

كان العرب في الجاهلية يعتقدون في الجن ويخافونها ويرهبونها ويعتقدون أن لها أماكن ومساكن في البوادي الجرداء وبطون الأودية ، كما توجد في الخرائب والأماكن المهجورة . ولا شك أنه كان لطبيعة حياتهم وجغرافية بلادهم الأثر في ذلك . وقد سبق لنا أن ذكرنا أن الضارب في البقاء والرحالة كان يشعر دائماً بأنه ليس وحده وأن هناك مخلوقات غير مرئية تصاحبه ، ولدى العرب الأساطير الكثيرة والمتنوعة المطولة عن الجن والشياطين : طبيعتها وحياتها ومواطنها وأصنافها والعلاقات التي كانت بينها وبين بعض البشر من صداقات وعداوات وتبادل زيادات وزواج . وما تواتر لدينا من الأساطير أن كل شاعر كان له شيطانه الذي ينطقه بالشعر .

لقد عبد العرب الجن قبل الإسلام خوفاً منها ورهبة ، وكانوا يستجيرون بها ، ولأنه كان رجال من الإنس يعوذون برجال من الجن فزادوهم رهقا ، قرآن كريم . وكانوا يقدمون الذبائح لها . وكان المجنون عندهم رجل صرخته جنية ،

والمجنونة صرعاً جنى وذلك عن طريق العشق والهوى وشهوة النكاح . وكانوا يعتقدون بأن الصرع نتيجة لمخالطة الجن للإنس وإمتلاكهم مدة عنيفة ، وكان لديهم كغيرهم من الشعوب طريقتان للعلاج طريقة السكينة والعرافين وطريقة العلاج بالعقاقير ، (التجانى الماحى ١٩٥٩) .

والمعنى اللغوى للفظى الجنون والحبل يحمل فى ثناياه صلة المرض العقلى بالجن والشياطين . وتنبذ لذلك هذين المصطلحين من قاموس الطب العقلى حالياً هذا بالإضافة إلى أنها أصبحتا مشحونتين بخلفيات النظرية التى كان ينظر بها إلى المرضى بأمراض عقلية والمعاملة التى كانوا يعاملون بها ، وأمتنتها العامة حتى أصبحتا من الفاظ السب والسوقة .

إن فى تراثنا الثقافى رواسب من الماضى جاءت إلينا على مر العصور سواء من قدماء المصريين أو من العرب . إذ لا زالت هناك قطاعات متخلفة من الشعب تؤمن بدخول الجن والشياطين فى اجسام الأدميين فتلحق بها المرض ، وما يعي الطبيب يقدر عليه الزار الذى يستخدم لطرد الأرواح الشريرة ، وتقدر عليه الاحجية والتائم التى يقدمها السحرة والعرافون والمتصلون بالجان ويسخرونها لخدمتهم مما يقوم به الدجالون لاستغلال السذج .

ومما يجب أن نسجله فى هذا المقام أن التاريخ لم يسجل لقدماء المصريين أو للعرب فى الجاهلية صوراً مماثلة لنوع المعاملة التى كان يعامل بها المرضى بأمراض عقلية فى اليونان القديمة أو فى الدولة الرومانية وفى أوروبا فى العصور الوسطى بل فى العصور الحديثة كما سنبين فيما يلى .

٤ - العصر اليونانى والعصر الرومانى :

كان اليونانيون القدماء يؤمنون بأن المرض العقلى من عمل الشيطان . فالشياطين تتجسد البشر . وهناك شياطين طيبون وشياطين أشرار . فالصرع عندهم كان

« المرض المقدس » . وكان المرضى به يعاملون بكل إجلال واحترام وتضفي عليهم الحماية باسم الروح الطيبة التي تقمصتهم . أما من كان الاعتقاد يسود بأن شيطانا شريرا قد تجسدهم فكانوا يعذبون ويضطهدون حتى لا يعتبر الجسد مكانا مريحا لهذا الشيطان للبقاء فيه . وعلى الرغم من ظهور بعض الافراد ممن كانت لهم الاسبقية على معاصريهم في التفكير ممن أدانوا مثل هذه المعاملة ، وكانت لديهم الشجاعة على تحديها ، إلا أن القسوة والتعذيب والسجن الانفرادي والتصفيد بالاعلال كانت من الاساليب المتبعة مع هؤلاء المرضى ، وظلت في العصر اليوناني والعصر الروماني ، وزادت في العصور الوسطى واستمر الحال حتى أواخر القرن ١٨ .

ومن الاعلام الذين عارضوا مثل هذه المعاملة في العصرين اليوناني والروماني نذكر ابقراط Hippocrates ، واسكليبياديس Asclepiades ، وسورانوس Soranus ، وجالينوس . وقد تركوا بصماتهم في تاريخ الطب والطب العقلي .

ابقراط :

ولد في سنة ٤٨٠ ق.م ومات في سنة ٣٧٠ ق.م أي عاش في القرن الخامس قبل الميلاد . وتعتبر آراؤه نقطة تحول في تاريخ الطب العقلي واستمر أثرها بعد سقوط الحضارة اليونانية إلى أبرزنة .

عرف أهمية المخ كركز للعقل ، وحاول إيجاد تفسير فيسيولوجي للاضطرابات المزاجية والخلقية والانعطالية التي صادفها في مرضاه ، وهاجم الاعتقاد بأن المرض العقلي محنة من السماء لا يمكن الشفاء منه . إذ نادى أنه من الكفر أن نعزو إلى السماء أن تصيب عن عمد إنسانا بمرض عقلي أو جسماني ولا تحاول بمجهوداتها البشرية شفاء مثل هذا المرض . ولعل أصدق مثل على اتجاهاته رأيه في الصرع ، وكان يسمى في ذلك الوقت « بالمرض المقدس » . إذ نادى بأنه ليست له أي قدسية أو صفة سماوية لمجرد أنه يختلف عن أي مرض آخر ... لأن أسبابه

طبيعيه . ودعا الى فحص أعماخ المرضى بالصرع بعد موتهم إذ به لنا الأسلوب وحده سرى أنه ليست الآلهة التي تصيب الجسد ، ولكنه المرض . وأتانا بنفسية المرض الى الآلهة تنعها بالحسة والضعة ، وأن أولئك الذين يهتمون السماء إنما يستغلونها لاختفاء عجزهم عن مساعدة المريض . لقد أصر على أن الاضطراب العقلي ما هو إلا عرض جسماني له مركز محدد في المخ وأنه يمكن التحكم فيه بتغيير الظروف المناخية والتغذية مما يؤدي الى ضبط وظائف المخ .

وشرح لنا نوعا من العصاب النفسي الذي لا زال معروفا حتى الآن هو الخوف المرضي Phobia ، كما سجل بالتفصيل هذيان deleria حمى الملاريا ، والسل ، وفقدان الذاكرة في بعض حالات الاصابه بالدوسنتاريا ، والحلط الحاد بعد حالة من النزيف الحاد .

كما أنه كان أول من نادى بأنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ عقليا والشخص السوي . وأن هناك تدرجا من الشذوذ الى السواء .

وهو الذي نادى بنظرية الاخلاط في الدم وهي عبارة عن مواد غامضة في الدم ترتبط بفكرة العناصر الاولى : الارض والهواء والنار والماء . والاخلط عنده سوائل جسمانية مسئولة عن الاتجاهات الانفعالية . وشرح لنا الامزجة المختلفة وخاصة السوداوى ، الميلانكوليا ، المالبخوليا .

ويبدو أنه كان أول من حاول تحرير الطب النفسي من نظريات الفلاسفة وكهنوت الكهنة ليرسي قواعده على أسس موضوعية في الوقت الذي لم يكن لديه فيه من الحقائق سوى تلك التي توصل إليها عن طريق خبراته العملية .

لقد وجد أبقراط بمحاولته النظر الى الاضطرابات العقلية نظرة جديدة معارضة قوية ظهرت حداثها في العصور التالية كما عاداه الرأي العام المعاصر له .

اسكليبياديس :

اضمحلت الحضارة اليونانية القديمة بسقوط أثينا وبانتهاء الحروب البلونيزية سنة ٤٠٤ قبل الميلاد. وانتقل مركز الثقافة العالمي من أثينا الى مدينة الاسكندرية التي أنشئت حوالى سنة ٣٠٠ ق.م. وانتقلت السيطرة العسكرية التي كانت تتمركز في العالم القديم في اليونان الى الرومان. وتحول أطباء الرومان الى الميراث اليوناني يغترفون منه. ومع ذلك لم يستطع أتباع أبقراط الاحتفاظ بأراء معلمهم ومعاييره، بل كانوا عاجزين عن الحفاظ على جوهر آرائهم وطرقهم دون تغليفها بتحيزاتهم الشخصية. على أى حال كانت الفلسفة الرومانية الوثنية تتميز بالفتح الدينى والفكرى. ويمكن القول بأن العصر كان لازال عصر تحرر فكرى للفلاسفة والأطباء طالموا ابتعدوا عن السياسة وأحاييلها حتى لا يختاروا بين الانضمام الى صف المضطهدين أو صف المضطهدين. وكان مثل هذا الاختيار حتما عليهم فى العصور الوسطى.

كانت الاسهامات فى الطب العقلى - على أى حال - ضحلة حتى منتصف القرن الاول قبل الميلاد حين ترك الطبيب اسكليبياديس Asclepiades بصمته على صفحة العصر.

بدأ اسكليبياديس حياته المهنية كخطيب ثم تحول الى الطب وعلى الرغم من أنه رفض كل الإيجائيات التي كانت فى تماسيم أبقراط إلا أنه كان أكلينيكيًا موهوبًا حاد الملاحظة إذ ميز بين هذيان الحمى وبين أشكال الاضطرابات العقلية المزمنة على الأسس الجسدية والنفسية واحتقر انطة الجنون إذ اعتبرها لفظة سوقية وليست علمية وتفتقر إلى الدقة الوصفية. وشرح الفرق بين الاوهام delusions ، والأفكار التي يتمسك بها أصحابها على أسس لا تطابق الواقع الخارجى. ولم يعط أحد انتباهها لهذه التمييزات حتى بداية القرن ١٩ لما أتى بها

الطبيب الفرنسي اسكويرول Esquirol في كتاباته .

كان اسكليبياديس يعتبر المرض العقلي منبعثا عن اضطرابات إنفعالية غير محتملة ، وكان في ذلك متقدما عن عصره بمراحل . ولم يقتصر على الوصف إذ أعطى إهتماما لعلاج بعض الحالات الفردية . وفكر في عدة طرق لادخال السعادة على المرضى كاستخدام الموسيقى والمقاعد الهزازة والحمّات والرفقة الطيبة . وكان أول من هاجم معاملة المرضى وسجنهم في معزل أو في أماكن مظلمة . وكان ينادى بأن المرضى يجب أن يوضعوا في أماكن جيدة الإضاءة ، لأن الظلام يؤدي إلى الرعب . ويزيد الرعب من التعاسة والمرض ، كما هاجم طريقة العلاج باستزاف دم المريض والتي استمرت رغم معارضته مدة طويلة حتى أوائل القرن ١٩ . وكان لا يجد فرقا بينها وبين خنق المريض .

سورانوس :

ظهر في أواخر القرن الأول قبل الميلاد . وكان أحد تلاميذ اسكليبياديس . عارض العنف والبربرية التي يعامل بها المرضى . وقال عن معاصريه وطرقهم إنهم يضعون مرضاهم في الظلام دون التأكد مما إذا كان ذلك سيؤدي إلى عبء آخر إنهم يقارنون مرضاهم بالحيوانات المتوحشة التي يرون ترويضها بالحرمان من الطعام وبعباب العطش . ويخططون بالنصح بتصفيد مرضاهم بالأغلال ، وينسبون أن أطرافهم قد يصيبها الضرر أو تنحطم ، وأنه من الأنسب بل والأسهل ان تقيّد حركة المريض بأيدي البشر لا بالانقال المضرّة . بل أنهم ينصحون بالعنف الجسدي كاستخدام السوط وكان هذه الطرق ستعيد للمريض عقله . إن هذه الطرق لا تزيد الأمر إلا خطورة لأنها تصبغ الجسم والأطراف بالدم ، وهذا منظر يبعث على الأسى إذا تذكره المريض بعد شفائه . أحس سورانوس بشناعة ما كان يتبع مع المرضى ونصح للمرضى بالهوس mania .

أن يوضعوا في حجرات مضيئة نسبيا ، معتدلة الحرارة ، يسودها الهدوء دون إزعاج ، على ألا تزين الجدران بالرسوم ؛ ويسمح للهواء بتخلل الحجرات من نوافذ عالية ، ويفضل لإجلاس المرضى على الأرض لأن بعضا منهم لديه الاستعداد للقفز . وإذا وجدت أسرة فتربط بقوة ، وتصف بشكل لا يسمح لهم برؤية الأفراد الذين يدخلون الحجرة تفاديا للازعاج . فإذا كان المريض في حالة هياج فلا يسمح له باستخدام الأسرة ، ويفضل استخدام القش عوضا عنها على أن يكون ناعما خاليا من المواد الصلبة ، ونهى عن تردد الزوار الغرباء . وطالب بمنعه منعا باتا . كما نصح بتحديد الرحلات التي يقوم بها المرضى حتى لا يستثيرهم النشاط . ونصح باستخدام اللين في توجيههم نحو أخطائهم ، وتجاهل سوء السلوك وتقبله أحيانا ، وأحيانا أخرى استخدام التوبيخ مع شرح مزايا السلوك الحسن للمريض .

وفي حالة هياج بعض المرضى يجب قيام بعض المشرفين بعملية الضبط على ألا يكشفوا عن نواياهم للمريض حتى لا يزداد مقاومته دون داع . وإذا كان منظر الرجال يثير المريض فتستخدم القيود اللينة مع الحذر لأن الإهمال في استخدام القيود يزيد الغضب بل يشعله .

والانطباع الذي يتركه مثل هذا الوصف هو أنه يوجد لدينا طبيب يحب مهنته ويحب البشر حتى وهم في حالة اضطراب .

جالينوس :

قبل أن تنتهى عصور الظلام ، أضاءت شعلة واحدة وسط عتمتها أضاءها الطبيب جالينوس (حوالى ٢٠٠ م) الذى أصبح أستاذا للطب فى العالم لما يقرب من حوالى ١٠٠٠ سنة .

اعتبر جالينوس المنهج قاعدة العقل ، وحاول إثبات ذلك تجريا إذ عرض

منخ وقلب خنزير خى ، وبين أنه بضغط القلب لم تتأثر سوى الأوعية الدموية ،
بينما تبين أنه بضغط المخ يمكن الوصول الى حالة لاوعى وشلل . . ومن هنا
حاول إثبات أن المخ وليس القلب هو قاعدة الروح العاقلة . وهو فى هذه التجربة
فى الواقع قد تعثر على اكتشاف عظيم لم يستطع متابعته ، هو الدورة الدموية
والتي اكتشفها وليم هارفى فى سنة ١٦٢٨ من تجاربه على الحيوانات الحية دون
مساعدة الميكروسكوب والذي لم يكن قد تم لإختراعه بعد والذي كان له الفضل
فى اكتشاف الحلقة النهائية ببيان المجرى الفعلى للأوعية الدموية الدقيقة .

وقد اعترف جالينوس باعتماد الشخصية على الصحة الجسمية ، وأكد أن
الروح فى تعبيرها الخارجى يسيطر عليها الجسم ، إذ أن الاخلال المرضيه من
الممكن أن تؤدي الى تغيرات فى المزاج والعقل .

وما يدل على أن جالينوس كان أكثر من عالم تشريح وأكثر من واضع
لنظريات هذه القصة . كانت هناك سيدة تعاني من اضطراب عصبي حاد لاتضع
أسبابه الجسمية . عاودها جالينوس وأخذ يردد على مسمعيها عدة أسماء واصبعه
عند موضع النبض فى جسمها . فلما ذكر اسم أحد الممثلين المشهورين لارتفع
نبضها . وتكرر الامر كلما عاود ترديد الاسم . لقد كانت هذه السيدة تعاني من
حب تعجز عن الاعتراف به . وكان حل مشكلتها حلا إنسانيا بسيطا . ومما
يكن مدى صحة هذه الرواية فانها تقال للتدليل على بيان مدى إدراكه للصلة بين
الحياة الانفعالية والحياة الجسمية . ويرى مؤرخو الطب أنه بوفاء جالينوس
حوالى سنة ٢٠٠ ميلاديه تبدأ العصور الوسطى لهذا العلم .

٥ - العصور الوسطى

١ - فى الغرب :

ظهرت المسيحية وكان ظهورها مصاحبا للضعف العام الذى بدأ يدب فى أوصال
الحضارة اليونانية الرومانية واجتياح البرابرة لأوروبا . وبدأ عصر توقف القيام

فيه بأعمال مبتكرة في كل العلوم . وعادت فكرة الشيطان وتفسير الاضطرابات العقلية بتقمص الشيطان لجسد المريض إلى الظهور . وأصبحت تعزى أمراض كالمستيريا أو الصرع إلى عمل الشياطين . ولم يتحرر الطب العقلي في العصور الوسطى من هذه الفكرة .

لقد اجتاحت أوروبا في العصور الوسطى مرارا موجات من الاضطراب المستيري وكانت هذه الموجات من الاضطراب عادة دينية . وتعرض الرهبان والراهبات أنفسهم لمرض الشيطان ، وغيره من الاضطرابات المصحوبة بالعنف ولم يكن دور الايحاء معروفا البتة . فكم كان من السهل على بعض المرضى بالمستيريا في أحد الاديرة أن تنتشر عدواهم بين كل نزلاء الدير واعتقاد كل فرد بأنه ضحية من ضحايا الشيطان .

ومن الأفكار التي سادت وظلت باقية في بعض العقول العلاقة بين الجنون وأوجه القمر بل إن من الالفاظ الاجنبية التي تعنى الجنون لفظة مشتقة من اسم من أسماء القمر هي lunacy . وقد حاول شابمان Chapman (١٩٦١) حديثا البحث عما إذا كانت هناك علاقة فعلا بينها . فقام بتصنيف ٣٢٣١ حالة من مرضى مستشفيات الأمراض العقلية طبقا لبدء الانهيار وأوجه القمر فلم يبين البحث وجود أى علاقة . كما حاول البحث عما إذا كانت هناك علاقة بين أوجه القمر والسلوك الذي تم فيه الاعتداء على الآخرين في حوادث مسجلة وكان لديه ١٠٦٩ حوادث اقترفها عدد ٦٨ من المرضى بالفصام وعدد ٤٨٩ حوادث اقترفها عدد ٣٩ من المرضى يذهان الشلل العام general paresis فلم يبين البحث وجود أى علاقة . ومن المعتقدات التي تسود بين كثير من أهل الريف وجود علاقة بين اكتمال القمر بدرا ومرض جولان النوم Somnambulism

وكان من السهل إلقاء اللوم على المسيحية والكنيسة الرومانية عن القسوة

والاضطهاد والفرع الذي ساد في العصور الوسطى في معاملة المرضى بامراض عقلية . وكان يوجد دائما من الكتاب والعلماء من اقتبس من الانجيل ليبرر الفظائع التي ارتكبت. فالبحت عن المرضى بامراض عقلية وقتلهم على أنهم سحرة أو أفراد قمصتهم الشياطين كان واجبا من الواجبات الدينية . وحتى بعد حركة الاصلاح الديني نجد أن الامر قد سار من سوء إلى أسوأ لاتفاق كل من البروتستانت والكاثوليك على اداة الهرطقة وتحطيم كل من استحوذ عليه الشيطان. وأخذت محاكم التفتيش في مطاردة المرضى بامراض عقلية والتفنن في تعذيبهم واضطهادهم. وبينما نجد هذه الصورة في الغرب نجد صورة أخرى في العالم الاسلامي حيث انتقل مشعل الحضارة بعد سقوط الحضارتين اليونانية والرومانية .

ب - في العالم الاسلامي :

لما تدهورت الحضارة اليونانية الرومانية انتقل مشعل الحضارة إلى العالم الاسلامي وبينما كانت أوروبا يضرب عليها ظلام العصور الوسطى كان العالم الاسلامي باستيعابه للأمبراطوريات المجاورة ملقى الثقافات القديمة التي انتقلت إليه وكان للعرب بذلك فضل الحفاظ على التراث الثقافي القديم واستيعابه وتطويره والزيادة فيه حتى صحت أوروبا من غفوتها في عصر النهضة والعصر الحديث . يقول التجاني الماحي (١٩٥٩) « إن العرب في عصور الاسلام المختلفة وخاصة بين منتصف القرن الثامن إلى بداية القرن الثالث عشر الميلادي قد بلغوا ذروتهم في علوم الطب ، وأنهم استطاعوا باستخدامهم للتراجمة وجمعهم لمؤلفات اليونان والمصريين والفرس والهنود وغيرهم في نقل تراث الشرق القديم إليهم ، وأنهم أصلحوا وهذبوا ورتبوا من هذه العلوم وأضافوا إليها ما حصلوا عليه بتجاربيهم وطبعوه بالطابع العربي فأصبح لدينا ما نستطيع تسميته بالطب العربي

الإسلامي، ولا بد من تكرار القول بأن الطب العربي الإسلامي كان أساسا لعلم
الطب والمهول عليه في أوروبا إلى بداية القرن السابع عشر، ص ١٣٨ .

لقد ترجم العرب إلى اللغة العربية مؤلفات مشاهير الفلاسفة / ومشاهير الطب
اليوناني خاصة أبقراط واسكليبياديس وجالينوس وتأثروا بهم إلى حد كبير لذا
نجد صدق آراء هؤلاء العلماء واضحة في مؤلفاتهم لأن جهد العرب لم يكن قاصرا
على الترجمة بل كانت لهم مؤلفاتهم التي ترجمت بدورها إلى اللاتينية وكانت تدرس
في مدارس الطب في أوروبا . ونذكر على سبيل المثال لا الحصر كتاب "فردوس
الحكمة" لعل بن زيد الطبري، وكتاب الحاوي لأبي بكر محمد الرازي، ويذكر
التجاني الماحي نقلا عن دائرة المعارف الإسلامية أن هذا الكتاب كان أحد
الكتب التسعة التي حوتها مكتبة شعبة الطب بباريس عام ١٢٩٥ م . أما كتاب
القانون في الطب لابن سينا فكان موسوعة طبية تتضمن خلاصة الفكر اليوناني
والعربي ويمثل القمة التي وصلت إليها الحضارة العربية في فنون الطب تجربة وفعلا
وكان الكتاب المدرسي في جامعتي مونبلييه ولوفان في أواسط القرن السابع عشر
وبما يدل على سعة إنتشاره وبعد أثره في الغرب أنه طبع باللاتينية ست عشرة مرة
في الثلاثين سنة التي كانت خاتمة للقرن الخامس عشر وأنه أعيد طبعه عشرين مرة
في القرن السادس عشر . وهذا لا يمثل إلا الطبقات الكاملة . أما الطبقات التي
تقتصر على جزء أو أجزاء منه فلا حصر لها .

ولا شك أن معاملة العرب في عصور الإسلام المختلفة للمرضى بأمراض عقلية
كانت تختلف في كثير من الأوجه عن تلك التي يلقاها هؤلاء المرضى في العالم
الغربي . ولعل ذلك يرجع إلى :

١- العقيدة الإسلامية بنهيها عن قتل النفس التي حرم الله إلا بالحق ، والمعاملة
الإنسانية التي أقرها الدين للضعيف والمريض .

٢ - تأثر أطباء العرب برواد اليونان الأول في الطب من أمثال أبقراط واسكليبياديس وجالينوس ويبدو ذلك واضحاً في فلسفة ابن سينا .

٣ - إهتمام الخلفاء المسلمين والحكام العرب بالعمران ويدخل في ذلك إهتمامهم بإقامة المستشفيات . ويجمع المؤرخون على أنهم كانوا يهتمون بها إهتماماً بالغاً بحشد مشاهير الأطباء لها وتزويدها بالأدوية ووقف الأوقاف عليها للصرف على المرضى المقيمين بها والإشراف على ذلك بأنفسهم .

وتاريخ البيمارستانات في العالم الإسلامي يعطى صورة مشرفة للمعاملة التي كان يعامل بها المرضى في تلك العصور . حقا يذكر التاريخ أنه جاءت فترات كانت تعاني فيه هذه البيمارستانات من الإهمال والتدهور غير أنه يمكن القول أنه في فترات الإهتمام بها لم يكن لها مثيل في العالم الغربي .

والبيمارستان كما يقول الدكتور أحمد عيسى (١٩٣٩) كلية فارسية مركبة من كلمتين (بيمار) بمعنى مريض أو عليل أو مصاب و (ستان) بمعنى مكان أو دار، فهي إذا دار المرضى ثم اختصرت في الاستعمال فصارت مارستان كما ذكرها الجوهري في صحاحه . وكانت البيمارستانات في أول عهدها وإلى زمن طويل مستشفيات عامة تعالج فيها جميع الأمراض والعلل من باطنية وجراحية ورمدية وعقلية إلى أن أصابتها الكوارث ودار بها الزمن وحل بها البوار وهجرها المرضى فافقرت إلا من المجانين - حيث لا مكان لهم سواها فصارت كلية مارستان إذا سمعت لا تنصرف إلا إلى ماوى المجانين .

وكان أول بيمارستان أنشئ في العالم الإسلامي ذلك الذي أنشأه الوليد بن عبد الملك سادس خلفاء بني أمية عام ٨٨ هـ (٧٠٧ م)

وفي صدر الدولة العباسية بنى المنصور داراً للعجزة والايتام وأخرى لمعالجة الجنون، وأنشأ هارون الرشيد بيمارستاناً باسمه، كما أنشأ البرامكة بيمارستاناً باسمهم

وتعددت هذه البيمارستانات ، ومن أشهرها ذلك الذى أنشأه فى مصر أحمد بن طولون عام ٢٥٩ هـ ، وبيمارستان صلاح الدين الأيوبي سنة ٥٧٨ هـ (١١٨٢) والبيمارستان المنصورى الذى أنشأه محمد بن قلاوون .

ومما يدل على العناية التى كان يوليها الحكام لهذه البيمارستانات ما ذكره المقرئى عن بيمارستان أحمد بن طولون ، شرط أنه إذا جىء بالعليل تنزع ثيابه ونفقته وتحفظ عند أمين المارستان ثم يابس ثيابا ويفرش له ويغدق عليه وبراح بالأدوية والأغذية حتى يبرأ فإذا ما أكل فروجا ورغيفا أمر بالانصراف وأعطى ماله و ثيابه . ومن الاهتمام أن أحمد بن طولون بنفسه كان يتفقد المارستان والمرضى من وقت وآخر وقيل أنه انقطع عن ذلك بعد أن وقف يوما بأحد المجانين المعلولين بالمستشفى فطلب منه المجنون رمانة ولما أعطى إياها رماه بها فلوث ثيابه .

وكتب الرحالة بن جبير عن بيمارستان صلاح الدين الأيوبي ، ومما شاهدناه أيضا من مفاخر هذا الساطان ، المارستان الذى بمدينة القاهرة . وهو قصر من القصور الرائقة حسنا واتساعا ما برزه لهذه الفضيلة تأجرا واحتسابا ، وعين قيا من أهل المعرفة ، وضع لديه خزان العقاقير ، ومكنه من استعمال الأشربة وإقامتها على اختلاف أنواعها ، ووضعت فى مقاصير ذلك القصر أسرة يتخذها المرضى مضاجع كاملة الكسى . وبين يدي ذلك القيم خدمة يتكفلون بتفقد أحوال المرضى بكرة وعشية ، فيقابلون من الأغذية والأشربة بما يليق بهم . وبإزاء هذا الموضع ، موضع مقتطع للنساء المرضى . ولهن أيضا من يكفلن . ويتصل بالموضعين المذكورين موضع آخر متسع النساء ، فيه مقاصير عليها شبابيك الحديد ، اتخذت محابس للمجانين . ولهن أيضا من يتفقد فى كل يوم أحوالهم ، ويقابلها بما يصلح لها والسلطان العضى يتطلع هذه الأحوال كلها بالبحث والسؤال

ويؤكد في الاعتناء بها والمثابرة عليها غاية التأكد . وبمصر مارستان آخر على مثل ذلك الرسم بعينه . .

وامتدح ابن بطوطة الذي زار مصر عام ٧٢٧ هـ المارستان المنصوري وظل هذا المارستان قائما الى أيام حملة نابليون . ويكتب الدكتور أحمد عيسى وصف أحد رجال الحملة الفرنسية له إذ يقول : أنشئ في القاهرة منذ خمسة قرون أو ستة عدة مارستانات تضم الاعلاء والمرضى والمجانين ولم يبق منها سوى مارستان واحد هو مارستان فلادون تجتمع فيه المجانين من الجنسين . ومارستان القاهرة هذا لا يزال أكثر شهرة من مارستان دمشق وقد كان في الاصل مخصصا للمجانين ثم جعل لقبول كل نوع من الأمراض وصرف عليه سلاطين مصر مالا وافرا ، فيه لكل مرض قاعة خاصة وطبيب خاص ، وللذكور فيه قسم منعزل عن الإناث ، وكان يدخله كل المرضى فقراء وأغنياء بدون تمييز ، وكان يجلب إليه الاطباء من مختلف جهات الشرق ويجزل لهم العطاء . وكانت له خزانة شراب (صيدلية) مجهزة بالادوية والادوات ، ويقال أن كل مريض كانت نفقاته في كل يوم ديناراً وكان له شخصان يقومان بخدمته . وكان المورقون من المرضى يعزلون في قاعة منفردة يشنفون فيها آذانهم بسماع الحنان الموسيقي الشجية أو يتسلون باستماع القصص يلقيها عليهم القصاص . وكان المرضى الذين يستعيدون صحتهم يعزلون عن باقي المرضى ويمتعون بمشاهدة الرقص وكانت تشمل أمامهم الروايات المضحكة . وكان يعطى لكل مريض حين خروجه من المارستان خمس قطع من الذهب حتى لا يضطر الى الالتجاء الى العمل الشاق في الحال . وبني السلطان قلاوون المدرسة التابعة الى المارستان في المكان الذي هي فيه في الوقت الحاضر وكان يدرس فيها الطب والفقه .

اضمحل هذا البمارستان حتى وصل غاية الاضمحلال في عام ١٨٥٦م وقد حول

في بداية القرن الحالى إلى مستشفى للرمم المعروف حالياً بمستشفى قلادون .
يجدر بنا أن نشير هنا إلى أن البيمارستانات كانت معاهد عليية للطب ولم تكن مجرد مستشفيات للمرضى .

وإذا كانت المعاملة التي كان يعامل بها المجانين كما يبدو معاملة لا ترقى إليها
المعاملة التي كان يعامل بها أئناهم في الغرب إلا أننا يجب ألا نغالي بالقول بأن المساواة
كانت تامة بينهم وبين غيرهم من المرضى بأمراض جسمانية إذ كان من بينهم
من يصفد بالاعلال ويوضع في زنايات منفردة إلا أنها كانت أحسن حالا من
الكهوف التي كانوا يودعون فيها في أوروبا . وكانت تزداد المعاملة سوء كلما قل
الاهتمام بهذه المستشفيات .

كما يجب ألا نتغافل عن أن كثيرا من العامة كانوا يعتقدون في الجن والشياطين
والسحر والشعوذة والرقى والعزائم وكان حظ كثير من المجانين الارتفاع إلى
مصاف الأولياء وحظ آخرين السخرية والإهمال والاضطهاد ولا زالت كثير
من هذه الرواسب باقية حتى وقتنا هذا .

٦- عصر النهضة والعصر الحديث :

إن فيضا كبيرا من المعرفة عن العالم الخارجى كان المظهر البارز لعصر النهضة .
وظهرت في ميدان الطب عدة اكتشافات هامة . وأحييت النهضة مبدأ أن الإنسان
هو أرقى المخلوقات وأجدرها بالدراسة ، غير أنه في خضم الخرافات المتوارثة عن
الماضى في الوقت الذي تم فيه اختراع الميكروسكوب واكتشاف دورة الدم ،
ودوران الأرض حول محورها وحول الشمس ، وتأسيس علم الطبيعة الحديث
باكتشافات نيوتن ، ظلت الحياة العقلية والانفعالية للإنسان بعيدة عن مجال
البحث والاستطلاع . وظل المرضى بأمراض عقلية يعانون من الاضطهاد
والقسوة ومطاردة محاكم التفتيش .

وكان هناك من شذوا عن إطار الفكر السائد وتحدوا الرأي العام وسخروا من فكرة تملك الشيطان للبشر من هؤلاء باراسيلسوس Paracelsus الذي قتل في حانة في سنة ١٥٤١ وكان طبيبا مبتكرا. ومنهم كورنيلوس أجريا الذي هاجم محاكم التفتيش وطرده من مدينة متز Metz لمبادئه بأن تعذيب النساء باسم الدين هو العداء للمسيحية ، ومات فقيرا معدما وحيدا عن كلب أسود كان رفيقه الوحيد الذي أصر أعداؤه على أنه الشيطان في شكل كلب نطق بلسان أجريا.

جوهان وير :

وقبل وفاته بثلاث سنوات كان قد حفز تلميذا من تلاميذه يدعى جوهان وير Weyer وكان أنجح من أستاذه إذ كان الطبيب الخاص لأحد الدوقات . فأضنى عليه الحماية رغم آرائه المثيرة التي عبر عنها بكل سهولة وسخريّة. وكان في دراسته للأمراض العقلية لا بد وأن يصطدم بمحاكم التفتيش إذ هاجم بعنف الاعتقاد السائد بتقمص الشياطين لأجساد البشر وكان هذا الاعتقاد في رأيه يهدد أمن الطب الذي يعتبر أقدم وأنفع وأهم العلوم كلها . وبذل جهودا مضيئة لشرح الأوهام delusions واضطرابات السلوك التي رآها في مرضاه متحديا بذلك المنادين بسيطرة الشيطان . ولأول مرة منذ ابقرراط يتجرأ طبيب على المناداة بأن الأمراض العقلية إنما هي أمراض تدخل في مجال الطب وليس الدين أو القانون دون أن يعاني من اضطهاد وقد تجرأ ونادى بأن إقرارات المتهمين بالشعوذة ما هي إلا جزء من أعراض أمراضهم وتعبيرات أوحى بها الخيال لونت معتقداتهم ومعتقدات قضاتهم . وهاجم القانونيين ورجال القضاء مجوما عنيفا .

وكان ينادى بأنه مما يبعث على الأسى أن ترى الناس لقتل الأخطاء في شغل شاغل يقتلون الآدميين ، وهاجم بعنف الاعتقاد السائد بتقمص الشياطين لأجساد

المرضى ، وانبرى له أحد مشاهير القانون في ذلك الوقت ويدعى Jean Bodin ونعمته بأنه رجل شرير يحمى المشعوذين وينكر حقائق ثابتة مثل أكل المشعوذين والسحرة للأطفال ، وأن النساء أكثر عرضة للشعوذة ، وأنهن كاذبات ، ولهن أمعاء أغلظ من أمعاء الرجال ، وأنهن يتمتعن في منتصف الطريق بين البشر والحيوانات المتوحشة .

ومن عجب أن آراء رجل مثل بودن كانت تمثل صورة حية لفكر العصر الذى عاش فيه . وظل مثل هذا الفكر سائدا لفترة طويلة حتى أننا نجد بعد ما يزيد على المائة سنة من وفاته في مدينة سالم بولاية ماساشوسيتس بأمريكا في سنة ١٦٩١ - سنة ١٦٩٢ تتم محاكمة لها شهرتها راح ضحيتها ٢٠ فردا بتهمة الشعوذة . ومن المقتبسات ما جرى في مناقشة طفلة عمرها ثمان سنوات كانت أمها وتدعى مارتا كارير Martha Carrier إحدى المتهمات في هذه القضية . وقد شهدت الطفلة ضد أمها .

دارت المناقشة مع الطفلة كالتالى :-

- منذ متى وأنت ساحرة ؟

- منذ كان عمري ست سنوات .

- وما عمرك الآن ؟

- حوالى ثمان سنوات .

- من الذى جعل منك ساحرة ؟

- أمس . هى التى أمرتني أن اضع يدي على الكتاب .

- لقد قلت انك ذات مرة رأيت قطعة ... فماذا قالت القطعة لك ؟

- لقد قالت أنها ستمزقنى قطعا إذا لم أضع يدي على الكتاب [كتاب الشيطان] .

- وكيف عرفت أن القطعة هى أمك ؟

- لقد قالت لي القطة ذلك . لقد قالت لي إنها أوى .

إن أوى محام مبتدىء حاليا يمكنه بسهولة التسفيه من مثل هذه الشهادة و يبين كيف أوحى القضاة إلى طفلة بالاجابات التي يرغبون فيها لإدانة أمها فيتمنح خيالها بالإيحاء عن تصور أمها في شكل قطة .

لقد ظل الناس معارضين لتقل الحقائق ، ولم تتغير المفاهيم والاضاع في دولة كإنجلترا إلا في سنة ١٧٣٦ لما أعيد النظر في القوانين التي تطارد السحرة والمشعوذين ، ولم تتغير معاملة المرضى بأمراض عقلية فيها إلا في أواخر القرن ١٩ .

لقد خطا الطب خطوات كبيرة في كل فروعه في عصر النهضة والعصر الحديث فيما عدا الطب العقلي . وعادت مكانة الطبيب وذاع صيته نتيجة لقيمه للظواهر الطبيعية وقدرته على علاج الأمراض الجسدية ، وظل مجال معاناة البشرية من الأمراض العقلية مبعدا عن اهتماماته حتى لا يقلل التعثر في هذا المجال من قيمة التقدم الذي يسير فيه في اتجاهات أخرى . وكان الطبيب الممارس على الرغم من تشككه في نظرية الشيطان ، ليس لديه ما يقدمه للمريض بالهوس أو لذلك الذي ضرب عليه الحزن أو اليأس ، أو لأولئك الذين تزعمهم هو أجسهم أو هلوستهم .

ولم ير كثير من مشاهير الأطباء غضاخة في المعاملة التي يعامل بها المرضى بامراض عقلية فنجد مثلا فيليكس بلاتر Felix Plater الذي درس هؤلاء المرضى كأفراد ، وزار المسكات منهم في كموفهم ووزناناتهم المظلمة ، ورآهم مصفدين بالاغلال ومشدودين إلى الحوائط ، وقد أدت ملاحظاته إلى تصنيف للأعراض ، ومع ذلك لم ينتقد المعاملة التي كانوا يعاملون بها ولم يفكر في أى بديل لها . ومع أن توماس ويليس Thomas Willis قام بتشريح المخ وبيان دورته الدموية بالتفصيل ، يثر اتجاهه في علاج اضطرابات الوظائف العقلية المعجب إذ كان يرى أن النظام والتهديدات وتوجيه بعض الضربات للمرضى أمور ضرورية في العلاج .

وليس هناك ما هو أجدى لشفاء المرضى من إجبارهم على احترام التخويف والعقاب . بهذه الطريقة يمكن للعقل أن يظل على ثباته ويتخلى عن الغطرسة والأفكار الغريبة فيتحول الى عقل منظم . ويدلل على صحة رأيه بسرعة شفاء المريض بالهوس بالتعذيب دون التطبيب .

ومن الطرق التي كانت متبعة استنزاف دم المريض حتى الموت . ويبدو أن اكتشاف هارفي لدورة الدم لم يكن له أثره في الاقلاع عن مثل هذه الممارسة بل زاد منها .

على أى حال كان الاتجاه النفسى للأطباء فى ذلك الوقت وكذلك عند العامة يتصف بالتعالى تجاه المرضى بأمراض عقلية . ومثل هذا الاتجاه لازال له بقايا ، ورواسبه حتى يومنا هذا . ويعتبر هذا الاتجاه مسئولاً عن الإهمال واللامسئولية المفرغة فى معاملة هؤلاء المرضى مما قد يعتبر أخطر من مذهب الشيطان القديم . والواقع أنه حتى نهاية القرن الثامن عشر لم تكن هناك مستشفيات أو مؤسسات للعناية بهؤلاء المرضى على أسس إنسانية أو طبية فى العالم الغربى . إذ كانت الأماكن التي يودعون بها ليست فى الواقع إلا سجون تفتح لمرض المرضى وكأنهم تحف أثرية أو وحوش فى حديقة حيوانات . وكانت زيارة بدلام Bedlam مستشفى بيت لحم الملكى للجانين فى لندن من زيارات تقضية وقت الفراغ والترويح وذلك فى أواخر القرن وأوائل القرن ١٩ . وقد كتب عالم الطب العقل الفرنسى اسكويرول Esquirol عن مستشفيات فرنسا للأمراض العقلية قائلاً :

« لقد رأيتهم عرايا ، أو فى ثياب ، لا يحميهم من برودة الأرض الرطبة سوى القش الذى يرقدون عليه . لقد رأيتهم يطعمون اللحم ، محرومين من الهواء النقي والماء الذى يطفىء ظمأهم ومن أهم الضرورات التي تخفف لهم حياتهم . لقد رأيتهم وقد عهد بهم لسجانين قساة يشرفون عليهم بوحشية . لقد رأيتهم فى زنايات

صغيرة تبعث على التقزز لا يتخللها الضوء أو الهواء ، ومصفاين بالآغالال في كهوف لا تصلح حتى للحيوانات المتوحشة . إن مثل هذه المخلوقات التعسة مثل المجرمين يرى بهم في الكهوف أو الزنانات المظلمة حيث ، لا تنفذ اليهم عين بشرية . وهناك يقولون ليفنوا في قذراتهم تحت عبء الاصفاد التي تقبح أجسامهم . وجوههم شاحبة ، وينتظرون اللحظة التي تنتهي فيها تعاستهم وتخفى عارنا . لأنهم يعرضون للعامة لمشاهدتهم كحيوانات نادرة ويتقاضى المشرفون عليهم بحشاعة من المشاهدين جملا على ذلك ... ويساقون في جماعات بشكل غير منظم لا يسيطر عليهم سوى الرعب . . . ووسائل المعاملة التي يجيذها حراسهم هي السوط والآغالال والبربرية والجهل ،

وفي التحقيق الذي أجرى عن مستشفى يورك للأمراض العقلية في سنة ١٨١٤ إستجابة لضغط الرأي العام بعد موت واختفاء عدد من المرضى بمن حرم على ذويهم زيارتهم ، وبعد إحراق سجلات المستشفى كتب سموئيل تيوك Tuke أحد رجال جماعة الكويكرز ، والذي أسس أول مستشفى للرضى بأمراض عقلية في لندن على أس إنسانية وصفا للحالة التي وجدها في هذا المستشفى لا يختلف كثيرا عن وصف اسكويرول لمستشفيات فرنسا . وفي سنة ١٨١٥ تم تكوين لجنة برئاسة جيمس بيرش شارب James Birch Sharpe عضو كلية الجراحين الملكية ، لدراسة الخدمات التي يمكن بها الرفع من مستوى المستشفيات العقلية في إنجلترا . وتقرير هذه اللجنة يبين الحالة المنيرة التي كانت عليها هذه المستشفيات في ذلك الوقت .

ويعلق على ذلك دافيد ستافورد كلارك (١٩٥٣) قائلا : « قد يبدو من غير المعقول أن يترك الأطباء بشراً آخرين يعانون من العرى والبرد ملوثين

بفضلاتهم ، مصفدين بالأغلال ، متضورين جوعا في الظلام وعلى أرض حجرية دون رحمة أو ندم . ولكنهم اقترفوا ذلك الأثم فعلا . .

لهذا يمكننا أن نتدر القرار الذى إتخذه عالم مثل بينل Pinel عام ١٧٩٣ وكان مديرا لمستشفى بيستر Bicêtre بباريس بتحطيم الأغلال التى يصفد بها المرضى . لقد كان طبيبا بارزا وجريئا . نجح فى الحفاظ على رقبته فى خضم اضطرابات الثورة الفرنسية ، وكتب عدة مؤلفات عن الأمراض العقلية تعتبر مراجع كلاسيكية فى الميدان فى إنسانيتها . وكان موهوبا فى العلاج كما كان فى تحطيم القيود التى تحد من حرية المرضى . إذ حرم استنزاف الدم وكل صورة من صور العنف والتعذيب . وظهرت هذه الاتجاهات بعد ذلك فى كل الدول المنعدية . غير أنه فى دراسة تاريخ الطب النفسى يعتبر عهد بينل واسكويرول فى فرنسا بداية الطريق الذى انطلقت منه مبادئ الاهتمام بالمرضى بأمراض عقلية كأفراد بما يعتبر حجر الأساس فى الطب العقلى .

اشتعل الرأى العام بعد التحقيق الذى تم فى سنة ١٨١٥ فى إنجلترا غير أن إشتعاله لم يستمر طويلا . إذ أنه على الرغم من إدخال عدة تغييرات فى المستشفيات تحول الرأى العام قبل زوال جميع المساوىء وبدأ تهديد الجهل وعدم الاهتمام من جديد .

غير أنه بعد حوالى ٢٦ عاما تقريبا من ذلك ظهرت فى أمريكا سيدة تدعى دوروثيا ليندديكس Dorothea Lynde Dix وكانت معلبة بدأت بعد إحالتها الى المعاش معركة لتحسين حال المستشفيات . وحصلت على نتائج باهرة فى ميدان التعليم العام . ولم يكن لها من سلاح سوى شجاعتها وتصميمها وحاسها . وسافرت عشرات الأميال فى أمريكا وفى إنجلترا ، واستمع لها مجلس الشيوخ الأمريكى . وقد نجحت فى هزيمة المعارضة القوية التى واجهتها . ولم يخضد من عزيمتها

السخرية التي نالت منها كزعيمة للجانين إذ وهبت نفسها لأولئك الذين أحست بأنهم في حاجة اليها .

خلف بينل في إدارة مستشفى بيستر الطبيب العالم فيراس Ferrus . وكان مهتما بالمجرمين المرضى بأمراض عقلية . وقد نجح في فصل المرضى بأمراض عقلية عن المجرمين . ونجح في بناء مزرعة لصالح المرضى والعاملين في المستشفى . وهذا أول مثل للعلاج الممنى وأول عمل بناء لاستخدام طاقات المرضى ووقتهم . وكانت المزرعة تضم مصنعا للجبين وورشًا وحظائر للحيوانات . وانتقل المشروع إلى أمريكا . غير أنه بعد رحيل فيراس لإنهار المشروع .

٧ - في القرن العشرين :

وخى مطلع القرن العشرين لم تكن مستشفيات الأمراض العقلية قد وصلت إلى المستوى الذي يسمح بالقول بأن المرضى يتألقون معاملة انسانية ولم يكن الوعي الجماهيري الذي كانت قد أيقظته تحقيقات سنة ١٨١٥ في إنجلترا ومجهودات دوروثياليند ديكس وما قام به بينل في فرنسا قد وصل إلى الفاعلية التي يمكن أن تؤثر في إحداث تغيير جذري في معاملة المرضى . ففي عام ١٩٠٠ حاول شاب في الرابعة والعشرين من عمره يدعى كليفورد بيرز Clifford Beers من خريجي جامعة ييل Yale الانتحار بإلقاء نفسه من نافذة بالدور الرابع من منزله لإصابته بلوثة من الجنون ... وفشلت المحاولة . تنقل بيرز في الفترة ما بين عامي ١٩٠٠ - ١٩٠٣ بين عدد من مستشفيات الأمراض العقلية الخاصة والعامة حتى كتب له الشفاء . إلا أن ما عاناه من سوء المعاملة في هذه المستشفيات وما لاحظته من إهمال وقسوة في معاملة المرضى ، دعاه إلى أن يكرس جهوده لنشر الدعوة للرفع من مستوى هذه المستشفيات وإصلاحها ، وقد سجل بيرز خبراته في كتاب سماه « العقل الذي وجد نفسه » ونشره في سنة ١٩٠٨ ثم أعيد طبعه عدة مرات .

تمكن بيرز بمعاونة طبيب مشهور من أطباء الامراض العقلية يدعى أدولف ماير Adolph Meyer من اجتذاب عدد من الخيرين لدعوته ، وتأسست جمعية للصحة العقلية في ولاية كونيتيكت Connecticut وفي العام التالى أى عام ١٩٠٩ تم تنظيم الجمعية الوطنية الأمريكية للصحة العقلية The National Committee for Mental Hygiene التى امتدت فروعها في كثير من الولايات الأمريكية . وقد تكونت هذه الجمعيات من المتطوعين من الاهالى والأطباء الذين آمنوا بدعوة « بيرز وماير » وكانت وظيفة هذه الجمعيات فى بادىء الامر معاونة مرضى المستشفيات بالمساعدة الطبية والعلاج . وتطورت حركة الصحة العقلية ولم تعد وظيفة جمعياتها قاصرة على تحسين حال المستشفيات وعلاج المرضى بل شملت برامج العلاج والوقاية والصيانة . ولم يقتصر نشاط هذه الجمعيات على أمريكا وحدها بل امتدت حركتها الى كثير من بلدان العالم . وعقد أول مؤتمر دولى للصحة العقلية فى سنة ١٩٣٠ . ويتمثل النشاط حاليا على المستوى العالمى فيما تقوم به منظمة الصحة العالميه فى هذا المجال وغيرها من منظمات الأمم المتحدة مما سوف نتناوله فى فصل تال .

الفصل الثاني

المرض العقلي في الفكر المعاصر

مقدمة :

إن العصر الحالي هو عصر إحساس الانسان بنفسه وبانسانيته وبآدميته وبكيانته . وتمثل روح العصر في أيديولوجيات علوم السلوك الانساني والتي يحتل التحليل النفسي - على أنه الدراسة العلمية لفهم المرء لذاته - مكانة بين هذه العلوم .

وحدثا حاول علماء الاجتماع وعلماء الانثروبولوجيا بإسهاماتهم بيان العوامل الاجتماعية والثقافية التي تساعد على فهم الانسان لنفسه .

وحاولت نظريات علم النفس المعاصرة بلورة الخبرات الانسانية في شكل منطقي محدد في ضوء عملية التعلم مما ساعد على زيادة وعي الانسان بنفسه . أضف الى ذلك المفاهيم التي تدنا بها حاليا الفلسفة الوجودية والتي تسود في الطب العقلي في سويسرا وألمانيا وفرنسا ولها نصيب كبير في هذا المجال .

وأخيراً نجد أن علم الحياة قد أخذ في تحديد المجالات والأنماط التي تصف وتشرح تنظيم وفاعلية الوظائف الفسيولوجية والكيميائية والحيوية غير المتعلقة لدى الفرد .

هذا بالإضافة الى أن علم الوراثة يؤكد حالياً أن الاستعدادات الوراثية مشروطة بالتنظيم الديناميكي والتفاعل بين عناصر البيئة والوراثة وبذلك يخضع للنظرة الكلية للإنسان ككائن تتحكم فيه عوامل عديدة معقدة تتفاعل مع بعضها البعض بشكل فريد .

والطب العقلي كفرع من فروع الطب يتركز اهتمامه المباشر على سلوك الإنسان، لهذا لا بد أن يتدمج ويتفاعل مع التاريخ الحديث والفكر المعاصر لكل العلوم التي تدرس الإنسان. ويمكننا القول أن تشخيص الأمراض السلوكية حاليا وتصنيفها وبيان أسبابها وعلاجها لا ينفصل عن الفكر المعاصر وألوان المعرفة عن السلوك الإنساني .

ولكي يتضح لنا الإطار الفكري الحالي عاينا أن نعود قليلا الى الوراء لنوصل العناصر التي تحدد هذا الإطار . وفي الفصل السابق كان تركيزنا على المعاملة التي كان يعامل بها المرضى وذكرنا إسهامات بعض الرواد الذين تصدوا بأرائهم وبجهوداتهم لهذه المعاملة محاولين تغييرها وكانت إضافاتهم العلمية رغم تواضعها مما اتخذ لإرساء القواعد التي يقوم عليها صرح الطب العقلي حاليا . لقد ذكرنا الإسهامات التي قدمها أطباء العصر اليوناني الروماني خاصة أبقراط واسكليبياديس وسورانوس وجالينوس ، وفي عصر النهضة جوهان وير . ونضيف الى ذلك أن إحياء الطب في القرن السادس عشر أدى الى إحياء آراء أبقراط . ولعل أهم ما كتب في هذه الفترة كتاب بيرتون Burton (١٦٢١) عن تشريح الميلانكوليا (الماليخوليا) كما تناول أنواعا مختلفة من الأمراض العقلية وان كان يبدو في الكتاب الخلط العجيب بين التفسيرات الطبيعية وتفسيرات ما وراء الطبيعة . غير أنه يمكن القول عموما بأن وصفه لبعض الاضطرابات كان دقيقا. وظهر تقدما كبيرا في القرن ١٧ بظهور الكتاب الذي كتبه سيدنهام Sydenham (١٦٨٢) وهنا نرى وصفا موضوعيا واضحا للاضطرابات العقلية بتفسيرات طبيعية .

تصنيف الأمراض العقلية:

بدأت في القرن ١٨ مرحلة كان الاهتمام فيها منصبا على تصنيف الأمراض العقلية واعتقاد الناس بأن الأمراض العقلية ليست مجرد مجموعة من النكبات تحمل بالبشر ولكن عددا معروفا من الانحرافات عن الشخصية السوية .

استمرت الجهود خلال هذا القرن في تصنيف الامراض . وشاهد إنتهاء هذا القرن عدة أعمال هامة . فنجد بينل Pinel سنة ١٧٩٣ كدير لا كبر مصحح للأمراض العقلية في باريس له جهوده في تصنيف هذه الامراض وقدم بعض المفاهيم التشريحية والفسولوجية كتفسيرات لها . وسارت هذه الجهود جنبا الى جنب مع نظرتة الإنسانية للرضى .

واستمرت الجهود في القرن التاسع عشر لوصف وتصنيف الآلاف من أشكال اضطرابات الشخصية . وكان لالمانيا وعلمائها باع في ذلك . فنجد جيسنجر Giesinger في حوالى منتصف هذا القرن يوضح معالم الطريق نحو تصنيف محدد للأمراض العقلية . وقام العلماء في السنوات التالية بتصنيف ما يقرب من مائتين أو ثلاثمائة من هذه الامراض واضعين في الاعتبار الفروق الدقيقة بين الحالات . وبدأ العقرب في نهاية هذا القرن في التحرك نحو إستخدام عدد قليل من الفئات الأساسية حتى جاء كريپلين Kraepelin بتصنيفه الذى يضم حوالى عشرين نوعا أساسيا . ولا يزال تصنيفه رغم خضوعه للمراجعة متبعا حتى وقتنا الحالى .

ومنذ معارضة الاتجاه الميتافيزيقي والتفكير النظرى في الطب منذ أوائل القرن ١٩ نجد أن تشخيص الحالات تشخيصا فرديا كان يتعارض باستمرار مع التصنيفات العامة للأمراض . والواقع كانت هناك محاولات منذ أيام أبقراط للهرب من قيود التصنيفات الجامدة للأمراض . فمدرسة أبقراط في كوس Cos كانت تجد أنه من الصعب التأكد من أن مجموعة خاصة من الاعراض تعنى مرضا معينا، لهذا كان اهتمام أطباء هذه المدرسة طبقا لتقاليد أبقراط هو تحديد المشكلة الاكلينيكية فيما يختص بالمريض الفرد حتى يمكن إيجاد العلاج المناسب له . هذا بينما نجد على العكس من ذلك في مدرسة كنيديوس Cnidus إذ كان الهدف عندها تحديد المرض كوحدة لها أعراضها التى يمكن وصفها لوضعها في فئة من فئات التصنيف .

ونلاحظ أن الطب العام والطب العقلي قد تأثرا في بداية القرن التاسع عشر بهاتين المشكلتين غير أن اكتشاف المرض ووصفه يتوقف على المعلومات التي لدينا عن طبيعته هذا المرض. والوصف التي لا تعتبر ضرورية هي تلك التي تهتم بالأعراض الظاهرية. لهذا يمكننا القول أن فئات التصنيف التي أمدها بها اسكويرول Esquirol وبيتل Pnel كانت تقوم أساسا على الأعراض على الرغم من أنها أعطيت بعض الاعتبار لخصائص التغير في العقل والتي أرتبطت ضمنا بتشخيصاتها.

إن التصنيفات التي تقوم أساسا على الأعراض الخارجية للأمراض أو التغير في الملامكات العقلية كانت هي التصنيفات السائدة قبل عام ١٩٣٠. أما بعد ذلك فقد أدى التفكير في أسباب الأمراض العقلية ومصدرها إلى توسيع قاعدة التصنيف. وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية في سنة ١٩٥٥ تصنيفا دوليا للأمراض يختص الباب الخامس منه بالأمراض العقلية. وقد روجع هذا التصنيف في طبعة جديدة في سنة ١٩٥٧^(١) ويجب أن نذكر أن هذا التصنيف ليس نهاية المطاف فقد ذكرت لجنة خبراء الصحة العقلية في تقريرها العاشر رقم ٢٢٣ لسنة ١٩٦١ في تقويمها لبرامج الصحة العقلية طبقا للبرنامج الذي وضعتة اللجنة في تقريرها الأول سنة ١٩٥٠ أن قاموس لا يستعمل إلا لرصد حالات الوفيات لعيوب في القاموس نفسه إذ تتناثر الأمراض تحت أبواب مختلفة. كما أن كثيرا من الأطباء يعزفون عن استعماله ويفضلون اتخاذ الاتجاه الفردي دون الخضوع لأي تصنيف ونادت اللجنة بضرورة إعادة النظر في هذا التصنيف ومراجعته.

على أي حال إن خطر التصنيفات أنها تتخذ كشاجب يعلق عليها المرضى. والمعروف أن أعراض الأمراض تشابه وتتداخل وكثيرا ما تؤدي بعض

(1) WHO. 1957 Manual of the International Statistical Classification of diseases and Causes of Death, 1955 revision.

الأعراض إلى تشخيص معين يبدو بعد أن يتخذ المرض سيره الطبيعي أنه مرض يختلف تمام الاختلاف عما أدى إليه التشخيص الأول مما يؤدي إلى احراج كثير من الأطباء .

الاهتمام بالعلاج الطبي :

كانت العودة إلى موضوعية ابقراط مما أدى إلى قيام محاولات لإيجاد سبل تجريبية لعلاج المرضى بأمراض عقلية. فحلت عملية نقل الدم محل عملية استنزافه إذ كان ينقل دم الشبان المعتلاء إلى المسنين من المرضى بأمراض عقلية . وكما يحدث في كثير من الأحيان فإن حالة واحدة ناجحة تحصل على الشهره تخفى بجوارها آلاف المحاولات من الفشل .

وبدأت البحوث تدور حول الجهاز العصبي حوالى سنة ١٨٥٠ لتعطينا نتائج جعلت من الممكن لأول مرة أن تقرر بالتفصيل العلاقة بين أمراض المخ والأمراض العقلية . وأصبح لدينا على سبيل المثال وصفا للرض المعروف بذهان الفالج العام *general paresis* باكتشاف كرفت إبنج *Krafft - Ebing* العلاقة بين مرض الزهري وهذا المرض . كما أمدتنا الدراسات الميكروسكوبية للبخ خلال البقية الباقية من هذا القرن دلالات مختلفة تاقى أضواء على أسباب الاضطراب العقلي لدى المسنين، وفي حالات التخدير المختلفة، وغيرها من الحالات الصادمة ، وفي حالات الصرع وغيرها .

وكان طبعاً أن يكون الاتجاه في ذلك الوقت ممثلاً للرغبة في علاج المرضى بأمراض عقلية بالطرق الجسمية البحتة. وقد أدى هذا الاتجاه إلى نجاح العلاج بالمalaria ، وبالأنسولين ، وبالصدمة الكهربائية وكذلك القيام بالعمليات الجراحية المختلفة مما أدى إلى التقدم في عمليات جراحة المخ .

ونلاحظ في تاريخ الطب العام الحديث أن محاولة التعرف على الشخص

المريض أو طرق التشخيص قد ارتقت باختراع الأجهزة والأدوات التي بدأ استخدامها باختراع مسماع الصدر في أوائل القرن ١٩ . ويعتبر استخدام الأدوات والأجهزة في التشخيص والاهتمام بتاريخ الحالة والتسجيل واستخدام الإجراءات العملية في العلوم الطبية في أواخر القرن ١٩ من الإسهامات التاريخية الهامة لطرق التشخيص المستخدمة حالياً في العلوم الطبية .

وتهدف هذه الطرق كلها إلى التعرف على طبيعة المرض ببيان مركزه في الشخص المريض ، لذا نجد أن الطب العقلي في القرن ١٩ كان الاهتمام فيه منصبا على تتبع التشريح المرضى للأمراض السلوكية . وقد تم ذلك بالذات بعد أن أعلن فرشوف Virchow مفاهيمه عن المرض ، إذ أكدت هذه المفاهيم ضرورة تحديد المكان التشريحي للمرض على خلاف ما كان متبعاً من قبل ، وبوصفها المرض على أنه يتكون من عمليات فسيولوجية عادية في الحياة تغيرت بظروف مرضية . فالمرض ، هو الطبيعة معدلة بحكم ظروف معينة ، . لقد أدى مثل هذا التفكير بفرشوف إلى التوصل إلى تصنيف للأمراض من ناحية الخصائص الفسيولوجية الأساسية للخلية فتكلم عن أمراض «تكوينية» Formative ، وأخرى «غذائية» nutritive وثالثة «وظيفية» Functional وكان لهذه المفاهيم أثرها في فلسفة الطب العقلي وتطبيقاته في النصف الثاني من القرن ١٩ .

كان الاهتمام لإذن في القرن ١٩ منصبا على تتبع التشريح المرضى للأمراض السلوكية . فلاغرو إذا رأينا عالماً ينادى بأن أصل المرض أى مرض - إنما يتمركز في الأعضاء ، بينما نجد آخر يختار الانسجة ، وثالثا كفرشوف يختار الخلية . ولا عجب إذا رأينا طبيبا مثل مكسميليان يعقوبي Maxmilian Jacobi ينادى بأنه لا يوجد مرض في العقل بهذا المعنى الحرفي . إن الجنون يوجد فقط كنتيجة لمرض عضوي أو وظيفي في جزء ما من جهاز الجسم . إن اعتبار المرض العقلي

مرضا جسمانيا لاتجاه لم ينته تماما عند كثير من الاطباء العاملين في ميدان الطب العقلي وتمسكهم بالعلاج الطبي البحت . وليس أدل على ذلك من البحوث والاموال التي تصرف لبيان أثر العقاقير المختلفة في العلاج واعتقاد البعض بأن علاج كل الامراض سيوجد حتما في مجال الكيمياء الحيوية .

وكان لمدة الإقامة في المستشفى تحت أثر التغيرات الثقافية المرتبطة بالتصنيع والتحضر في القرن ١٩ أثر في تطور التشخيص والطب العقلي وتصنيف الأمراض . إذ سمحت مدة الإقامة للأطباء بدراسة التطور الطبيعي للأمراض في بيئة المستشفى .

ويعتبر التوسع في استخدام الطريقة الاكلينيكية ودراسة الحالة في العشرين سنة الأولى من القرن الحالى تقدماً كبيراً في ميدان الطب العقلي . وقد أدى الى الدراسة المفصلة لتاريخ الحالة بمجموعتان من العوامل الهامة: أولاهما مناداة أودولف ماير Adolph Meyer (١٨٦٦ - ١٩٥٠) بضرورة الاهتمام بالعوامل النفسية البيولوجية في الأمراض السلوكية فأصبح للتاريخ الكلى لردود أفعال المريض أهمية في دراسة الأسباب وفي التشخيص . فبينما كان ينادى كرايبلين مثلاً بأن السمات الاحجامية الانسحابية - avoidance withdrawal للشخصية المبكرة للمريض بالفصام تبين بداية المرض العقلي ، نجد أوجست هوك August Hock متأثراً بأراء ماير ينادى بل ويصر على أن صفات الحجل والازواء والافتراد في المريض كانت توجد فيه قبل ظهور الاعراض المرضية التي تبين مرضه العقلي بالفصام .

أما مجموعة العوامل الثانية فتدخل تحت تطور واستخدام العلاج النفسى بالاقناع كما هو الحال في التحليل . وقد نبع التحليل النفسى تاريخياً من العلاج . بالتويم المغناطيسى . وكان برنهايم في أواخر القرن ١٩ أعظم من استخدم هذا

النوع من العلاج . وقد سبق بذلك ديوبوا Dubois في إستخدامه الاقناع بالمنطق بدون التسويم .

ولكن الفضل يعزى لسيجموند فرويد الذى أظهر بجملاء أهمية خبرات الطفولة فى أسباب الامراض السلوكية . وقد أمدنا بالمفاهيم وطريقة البحث والدافعية للعلاج والاتجاه العلمى لدراسة تاريخ حياة الفرد . هذا بالإضافة الى تطور طريقة المقابلة كطريقة تشخيصية والتى يقوم فيها الطبيب قصدا وعن وعى باستخدام سلوكه لإبراز العلامات والاعراض للمرضيه . وكان ذلك كله نتاجا مباشرا لمفاهيم التحليل النفسى .

الدراسات النفسية :

لقد كانت الامراض العقلية من اختصاص الاطباء منذ التاريخ اليونانى القديم حتى القرن ١٩ . واتخذ علم النفس مساره مستقلا ولم يهتم إلا أقلية من علمائه بمشاكل الانحراف فى ذكاء الشخص البالغ . وعلى الرغم من الاتجاه نحو العلاج الجسمانى للامراض العقلية كان هناك من يحاول إتخاذ الاتجاه الآخر وبيان أثر الحياة العقلية والانفعالية على الجسم والامراض العقلية . على أى حال لم ترد بداية إتخاذ الأسلوب النفسى الحديث لفهم الامراض العقلية إلا فى كتابات الطبيب مورودوتور - Moreau de Tours الذى كتب فى حوالى منتصف القرن ١٩ أن الامراض العقلية تخضع لقوانين نفسية محددة وأنها يمكن أن ترتبط بظواهر الحياة العقلية اليومية السوية .

وقام علماء الطب العقلى واهصائيو الاعصاب الفرنسيون فى الربع الثالث من هذا القرن من بلورة نظرية الإيحاء ، وبينوا العلاقة بين الإيحاء والهستيريا . إذ قام شاركوت Charcot وأتباعه فى باريس ببيان أن بعض الوظائف العقلية لها القدرة على أن تستقل عن غيرها فى وظائفها ، ومن الممكن أن يحدث إنقسام بين

الوظائف التي يقوم بها العقل . ومن هنا يكون من الممكن أن تتم بعض العمليات لاشعوريا . ونادوا بأن مرض ، جولان النوم ، Somnambulism ومرض وفقدان الإرادة، catalepsy من الممكن علاجها في ضوء هذه الظاهرة . وتمثل آراء جانيت Janet إتجاهات المدرسة الفرنسية .

لقد بدأت التفسيرات النفسية الخالصة للإضطرابات العقلية باكتشافات بروير وفرويد (١٨٨٠) واستمرت حتى وقتنا الحالي في أعمال فرويد وأتباعه . ويمكن إيجاز الفكرة الأساسية لمدرسة التحليل النفسي التي يتزعمها فرويد فيما يلي :
« إن الصراع بين الدوافع يؤدي الى قمع أو إبعاد بعض دوافعنا ورغباتنا عن مجال الشعور . تستمر هذه الرغبات التي قمت بنشطة وهي خارج مجال الشعور وفي نضالها للتعبير عن نفسها لا تؤدي الى مجرد ظهور أعراض الهستيريا وغيرها من الاضطرابات العقلية فحسب ولكن تؤدي أيضا الى الاحلام وعديد من ظواهر الحياة اليومية التي لا يوجد لها تبرير » .

ومن المدارس النفسية المعاصرة التي لها إسهاماتها لمدرسة الروسية . إذ بين سيشينوف Sechenov أن كل العمليات العقلية من وظائف المخ . والاساس فيها الافعال المنعكسة . ودعم ذلك بافلوف بالتجارب التي قام بها . وقد درس بافلوف في مطلع القرن العشرين مبدأ يسود الاعتقاد بأنه أساس التكيف في كل نواحي الحياة . هذا المبدأ هو مبدأ الفعل المنعكس الشرطي . ويتلخص هذا المبدأ ببساطه في أننا إذا قدمنا طعاما لكلب جائع فإن لعابه يسيل ويسمى الطعام في هذه الحالة منبه طبيعي الاستجابة الطبيعية له هي سيل اللعاب (فعل منعكس) . إذا صحب تقديم الطعام دق ناقوس عدة مرات ، فإن دق الناقوس وحده دون تقديم الطعام يؤدي الى سيل اللعاب . فالناقوس أصلا ليس منبهات طبيعية لإسالة اللعاب . ولكن تم إرتباط بين الناقوس وتقديم الطعام وتكون رد فعل شرطي .

على أى حال لقد كان لتطبيق نظرية ماير البيولوجية النفسية، واستخدام تاريخ الحالة فى العلاج النفسى ، وإعادة النظر فى نظريات التعلم فى ضوء الفعل المنعكس الشرطى مما أدى إلى إبراز المحاولات النفسية الحالية كدراسة الشخصية وتقويمها والتي بدأت فى الربع الأول من هذا القرن والتي تبلورت حالياً فى ممارسات ما يسمى بعلم النفس الاكلينيكي.

واتسع مجال الدراسات النفسية فى أواخر القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين وتفتحت ميادين جديدة للدراسة ويمكن القول بأن علم نفس الشواذ والمتحد مع الطب العقلى وعلم النفس التجريبي قد بدأ بدراسات كرايباين فى السنوات الأخيرة من القرن الماضى بتمسارته منظمة قام بها للعمليات العقلية عند الشواذ والأسوياء بالإضافة إلى دراسته تجريبيا الشذوذ العقلى الناتج عن التعب والجوع والمخدرات وما إليها فى ظروف عليية مضبوطة . وشاهد القرن العشرين الامتداد المستمر لاستخدام طرق علم النفس التجريبي لدراسة الشذوذ .

ولعل علم نفس الطفل كانت اسهاماته أكبر إذ أدت الدراسات الجادة لنو شخصية الطفل تحت ظروف عليية فى مدراس الحضانة (بل وفى معمل علم النفس فى بعض الأحيان) إلى إضافات للطب العقلى والاعتراف بأن كثيراً من عدم تكيف الكبار إنما يعزى إلى خبرات سيئة فى الطفولة وأدى ذلك إلى أن يستفيد عالم النفس المتخصص فى مرحلة الطفولة وطبيب الأمراض العقلية من بعضها .

وكان من أهم التوصيات التى تقدمت بها لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية فى تقريرها الأول سنة ١٩٥٠ الذى خططت فيه لما يجب أن تكون عليه برامج الصحة العقلية الاهتمام بالطب العقلى للأطفال Child Psychiatry

على أساس أن العناية بالطفولة تعتبر من أهم السبل الوقائية . وسوف نتناول في الفصل التالي موضوع الصحة العقلية والاتجاهات المعاصرة في هذا المجال .

التفاعل الاجتماعي :

أمدنا عالم الاجتماع وعالم الانثروبولوجيا وعالم النفس الاجتماعي في هذا العصر بفيض من المعلومات عن الجماعات وتكوينها وديناميكيتها والتغيرات المستمرة التي تطرأ عليها ودور الفرد فيها ومدى تأثيره بها وأثره فيها في العملية المسماة بالتفاعل الاجتماعي . وكيف تتم عملية التفاعل عن طريق عمليات مثل الاتصال والتوقع وإدراك الفرد لدوره وتمثيـله ، ومعرفة الرموز ذات الدلالة في ثقافته . وفي ديناميكية الجماعة درست عمليات كدى تماسك الجماعة ، وفاعليتها وجاذبيتها ... وما إلى ذلك .

ويبرز لنا الاهتمام بتحليل تفاعل الفرد في الجماعة أنماط التفاعل الاجتماعي كعامل مساعد في الدراسة التشخيصية لسلوك الاجتماعي للفرد . وهذا يؤكد لنا الاتجاه الحديث في العلاج النفسي بأنه ليس مجرد فعل سيكولوجي فحسب ولكن عملية تفاعل ذات معنى .

وبرزت لنا مدارس فكرية تحاول تفسير الأمراض العقلية والنفسية على أساس التفاعل الاجتماعي وعلاقة الفرد بالمجتمع مما هو الأساس في نظريات من يسمون بالفرويديين المحدثين .

وظهر ميدان تخصص حديث في الطب العقلي هو الطب المتلى الاجتماعي social psychiatry ويتركز الاهتمام فيه على تهيئة المريض للعودة إلى المجتمع ثانية بتخطيط العلاج على أساس تحقيق هذا الهدف .

بعض النظريات المعاصرة في الطب العقل والنفس

نظرية كرايبلين Kraepelin (١٨٥٦ - ١٩٢٦):

لقد رأينا كيف تقدم الطب في القرن التاسع عشر وكيف كان الاتجاه ممثلاً للرغبة في علاج المرضى بأمراض عقلية بالطرق الجسمانية البحتة . وكان الاهتمام في الطب العام يدور حول تحديد المرض ، وبيان أسبابه ، وبيان تطوره . وساعدت الطرق العلمية على بيان أن لكل مرض تطور طبيعي . وكان الطبيب يبنى تنبؤاته عما ستؤول إليه حال المريض بمعرفة المسار الطبيعي الذي سيسير فيه المرض أو بتدخله في سير المرض بالعلاج الذي سيتبع . وجد الأطباء في البحث عن العوامل السببية والظروف التي تهيء للمرض وكان كل ذلك يتم في إطار علم الحياة .

لقد تأثر كرايبلين بالفكر السائد في ذلك الوقت ودرس آلاف من حالات المرضى بأمراض عقلية ليحدد المسار الذي تسير فيه هذه الأمراض . وكان يعتقد بأن نزلاء المستشفيات مرضى وأنهم يعانون من أمراض متباينة ، وأن هذه الأمراض الأساس فيها جسماني سواء في مصدرها أو في تطورها . واعتبر الهذيان الذي يعاني منه المريض بالفصام أمثلاً للهذيان الذي يعاني منه المريض بالحمى لأن السبب في كليهما جسماني . والهذيان ثانوي بالنسبة للمرض البيولوجي .

وكان اهتمام كرايبلين متجهاً إلى معرفة أشكال الأمراض العقلية وأنماطها . كما كان مهتماً بكيف يفكر المريض دون الاهتمام بفيما يفكر . واقترض أن المسار الذي يتخذه المرض العقلي يماثل المسار الذي يتخذه أي مرض جسماني آخر . والمرض في تطوره باتخاذ مساره الطبيعي سيؤدي إلى أن معظم المرضى سيمرون بنفس مراحل المرض وبالتالي تشابه بينهم الأعراض والتغيرات الخاصة بالمرض .

الذى يعانون منه . وفي النهاية سيشفى بعض المرضى ولا يشفى البعض الآخر .
وتتوقف نتيجة المرض على المقاومة الطبيعية للفرد وعلى مدى خطورة المرض .
وأدى فحصه لحالات آلاف من المرضى الشبان الى تحديد فئتين أساسيتين .
فئة تنزع الى الشفاء وقئة لا يتم لها ذلك . فمن قدر لهم الشفاء كانت أعراضهم
متماثلة وأدت به هذه الاعراض الى تسمية المرضى الذى يعانون منه بذهان الهوس
والاكتئاب *Manic-depressive Psychosis* . وأعلن أن هذا المرض يتخذ دورة
تتميز بتتابع حالى الهوس والاكتئاب .

أما الفئة الثانية فيسير المرض فى اتجاه يعز الشفاء معه اللهم إلا أقلية يتم شفاؤها
تلقائيا . وسمى هذا المرض *dementia praecox* . ويبدأ هذا المرض عادة مبكرا
فى الحياة فى مدى العمر ما بين (١٨ - ٢٠) ويؤى فى العادة الى التدهور .
وتختلف الاعراض التى تعاني منها هذه الفئة لذلك يمكن تمييز أربعة أشكال أو
أكثر فى هذه الفئة . ولكنها جميعا تشترك فى أنها تنتهى الى التدهور .

كذلك من الممكن تمييز فئات أخرى من المرضى وكانت الجماعات التى يمكن
تمييزها هى الاساس فى تصنيفه . وتناول تصنيفه بالتعديلات كلها أثر على حقائق
جديدة . وقسم الامراض العقلية الى أمراض أسبابها داخلية *endogenous*
وتعزى الى تغيرات داخلية تؤدي الى التأثير على وظيفة المخ الضوية مع إحداث
تغير فى بنائه أو دون إحداث لاي تغير ، وأمراض أسبابها خارجية
exogenous كذهان الفالج العام *general paresis* وتعزى الى تغيرات
جسمانية أسبابها خارجية كالعدوى أو الاصابة وما الى ذلك .

وعلى الرغم من المعارضة التى قوبلت بها آراؤه فقد ظل تصنيفه معمولا به
حتى وقتنا الحالى فى كثير من البلدان بعد إدخال بعض التعديلات عليه .

نظرية ادولف ماير Meyer (١٨٦٦ - ١٩٥٠):

وتسمى نظريته بالنظرية النفسية البيولوجية . وقد رأينا كيف كان من إسهاماته الاهتمام بدراسة الحالة . وتسود نظريته الفكر الأمريكي . وتصنيفه لا يقوم على تصنيف للأمراض ولكن على تصنيف ردود الفعل النفسية المرضية أى أنماط ردود الفعل . وفي رأيه أن العصبان والذهان ليسا إلا اضطرابات للشخصية تدور على الخصوص في العلاقات الانسانية المتبادلة . والفرق بين السوى والشاذ هو فرق في درجة كفاية الفرد وقدرته على التكيف لظروف خاصة في الحياة يجد فيها نفسه . واضطرابات الشخصية ليست إلا أنماطا لاتجاهات واستجابات لاتساعد على التكيف تطورت حتى اتخذت شكل الاضطراب والعادة . وأصر على ضرورة إتخاذ تاريخ كامل لحياة الفرد حتى يمكن بيان أنماط الاضطراب الجوهرية وكيف بدأت ، وماذا تعنى بالنسبة للفرد، مع تركيز الاهتمام على دوافع النرد ، ومزاجه ، وعاداته ، وذكرياته، وطموحه ، وخياله ، وحالته الفكرية . ويجب الاهتمام بالمزايا كما يجب الاهتمام بنواحي النقص لأن مزايا الفرد هى التى يمكن أن تتخذ لإعادة تشكيل سلوكه .

وكان ماير يعتقد أن الافراد يولدون متشابهين في استعداداتهم كما يتشابهون في نوع الضغوط التى تقع عليهم من البيئة، واختلافهم إنما يعزى الى الاختلاف في تكوين العادات ، وفي التعلم ، وفي طريقة الاستجابة . والطب النفسى يجب أن يهتم أساسا لادراسة المرض العقلى ولكن بدراسة أنماط الاستجابة المنحرفة .

والوقاية والعلاج عمليتان تربويتان . وتقوم الصحة العقلية على تدريب الاطفال تدريبا سليما في الطفولة، وتنمية الاتجاهات السليمة في المدرسة، والتوجيه الدينى والثقافة الجنسية السليمة . وما العلاج إلا إعادة التربية باستغلال إمكانيات الشخصية لتعويض ما فيها من نقص .

وكان رأيه في الاضطرابات التي ترتبط بأسس عضويه في أنها اتجاهات أو عادات للتكيف أو لسوء التكيف تقوم على نقص عضوى . والنقص العضوى في بعض الحالات أولى وفي البعض الآخر ثانوى . وكان يرى أن المرض العضوى أو البيولوجى من اختصاص الطبيب أو الجراح ، أما تصحيح الاضطرابات السلوكية فمن اختصاص عالم النفس بصرف النظر عن مصدرها .

نظرية بافلوف Pavlov (١٨٤٩ - ١٩٣٦) :

كان العالم الروسى بافلوف يقوم بدراسة الأفعال المنعكسة المتصلة بعملية الهضم فلاحظ أن إفراز العصارة المعدية في الكلاب التي كان يقوم عليها بتجاريبه لا تتأثر فقط بوضع الطعام في فم الكلب ولكن تتأثر أيضا بمجرد رؤية الطعام . فحاول القيام بتجارب لإثبات ذلك . وتجربته المشهورة هي أنه أحضر كلبا وأجرى له عملية جراحية لإظهار غده اللعابية ، ثم علق كيسا بهذه الغدة يتلقى فيه إفرازاتها ، فوجد أنه في حالة الجوع يزداد إفراز الغدة اللعابية عند رؤية الطعام وهذا رد فعل منعكس طبيعى . حاول بافلوف إضاءة ضوء قبل تقديم الطعام للكلب بعدة ثوان وكرر ذلك في عدة محاولات . فوجد أن لعاب الكلب بعد عدة محاولات كان يسيل عند رؤية الضوء فقط دون ظهور الطعام لإرتباط ظهور الضوء بتقديم الطعام . ويسمى سيل اللعاب نتيجة لإضاءة الضوء وهو منه غير طبيعى لسيل اللعاب ، بالفعل المنعكس الشرطى . وهذه الاستجابة تسمى الاستجابة الشرطية وتعتبر أساساً للتعلم .

وبين بافلوف أن القانون الأساسى لنشاط العقل في فصى المخ هو تكوين إرتباطات مؤقتة (أفعال منعكسة شرطية) على أساس الأفعال المنعكسة غير الشرطية . ويمكن الأفعال المنعكسة الشرطية الكائن الحى على أن يتلاءم مع ظروف بيئته الخارجية وتنتقل الى العقل البشرى باستمرار عن طريق حواس الاستقبال منبهات

عديدة ومختلفة تتضمن الأصوات المختلفة والألوان، والاحساس بالحرارة والبرودة والاحساسات الداخلية وما إلى ذلك ويتم ادراكها تبعاً لبافلوف عن طريق جهاز الإشارة الأول *first signaling system*. وقد تتحول أى من هذه المنبهات تحت ظروف معينة إلى منبهات شرطية وتؤدي إلى استثارة فعل منعكس شرطى. واعتبر بافلوف بذلك الأفعال المنعكسة الشرطية كنشاط إشارة *signaling activity*. ويوجد جهاز الإشارة الأول عند كل من الإنسان والحيوان. غير أن إدراك الحيوان لبيئته محدود وتظل الحيوانات طيلة حياتها يتقرر سلوكها بجهاز الإشارة الأول. أما الإنسان فيتولد عن جهاز الإشارة الأول عنده إشارات من الدرجة الثانية أى إشارات للإشارات الأولية تتصل بها ولا تفصل عنها في شكل كلمات تنطق أو تسمع أو ترى وتنمو وتتكامل. وتعزى قدرة الإنسان على الارتباط بغيره من الناس عن طريق الكلام والكتابة وقدرته على التفكير إلى نشاط جهاز الإشارة الثانى.

وعلى أساس جهاز الإشارة الثانى عند الإنسان ميز بافلوف ثلاثة أنماط أساسية للنشاط العصبى توجد فى الإنسان وحده وتقوم على أساس العلاقات بين جهازى الإشارة الأول والثانى وهى :

- ١ - النمط الفنى ويسود عنده جهاز الإشارة الأول .
- ٢ - النمط العقلى ويسود عنده جهاز الإشارة الثانى .
- ٣ - النمط المتوسط ويتوازن لديه نشاط الجهازين .

ويرى بافلوف أن المنبهات البيئية تؤثر على الكائن الحى عن طريق الأعضاء الحسية فتقلل التيارات العصبية من الجهاز الحسى (جهاز الاستقبال) الخارجى إلى القشرة المخية *Cerebral cortex*. تذبذب فى القشرة المخية يؤر للاستثارة تعتبر الأساس الفسيولوجى للاحساسات . تحتفظ هذه البؤر فيما بينها بعلاقات

متبادلة محددة . بعضها يقوى وبعضها يضعف بل ويزول . ويتحكم في ذلك قوانين حركة العمليات العصبية : (الاشعاع Irradiation) ، (والتكثيف Condensation) ، و(ظاهرة التوالد Induction) الإيجابي والسلبي . والعمليات العصبية الأساسية هي الاستثارة excitation والكف Inhibition . وتغير في القوة والحركة والاتزان . وببساطة قصوى يقصد بالاستثارة الاستجابة لنبه متعلم اما الكف فهو عدم الاستجابة له . فمن الممكن تعليم الكائن الحي الاستجابة لمؤثرات معينة (استثارة) وعدم الاستجابة لها أو لغيرها (كف) .

ولما كان النشاط العصبي يقوم على عمليتي الاستثارة والكف فإن هاتين العمليتين تعملان دائما بالتبادل وبسرعة . وفي حالة المرض العقلي لا يعملان بالتبادل لمدة طويلة . واثرح العمليات العصبية نضرب المثل التالي :

إذا كان لدينا كلب تعلم الاستجابة لرنه شوكة بحدة معينة ، فإنه من الممكن أن يستجيب لرنه أى شوكة بصرف النظر عن درجة الحدة فيقال أنه حدثت ظاهرة إشعاع ويسمى علماء التعلم الشرطى بظاهرة التعميم . أما إذا حاولنا تدعيم رنه معينة دون غيرها من الرنات حتى يستجيب الكلب لها وحدها ولا يستجيب لغيرها فيقال أنه تمت عمية تكثيف . ويسمى علماء التعلم الشرطى بظاهرة التمييز discrimination . أما التوالد Induction فيقصد به أنه إذا كانت هناك عملية كف في جزء من القشرة المخية ، فإن عملية الاستثارة تتولد في أجزاء أخرى من القشرة والعكس بالعكس . وتقوية عملية الاستثارة تحت تأثير عملية الكف تسمى بالتوالد الإيجابي ، أما تقوية عملية الكف تحت تأثير عملية الاستثارة فتسمى بالتوالد السلبي . وهذه العمليات كلها مستمرة كنشاط للمخ في حالة اليقظة وتم بتوازن بما يؤدي إلى استجابة الكائن الحي لبيئته وإذا اختل هذا التوازن اختلت استجاباته .

ولما كانت عمليات الاستثارة والكف تتم بالتبادل وبسرعة فإن الانتقال من

الاستثارة إلى الكف يتم عن طريق حالات من النشاط متوسطة لخلايا الاعصاب تعرف بالحالات المرحلية phasic states وتسمى أحيانا بمراحل التخدير narcotic phases. وفيها لا تستجيب خلايا الاعصاب عادة إلا للمنبهات القوية. كما يمكن تمييز هذه المراحل باستجابات الخلايا العصبية لمنبهات معينة، ومرحلة التعادل equalising phase وفيها تساوى الاستجابات لكل من المنبهات القوية والضعيفة، ومرحلة التناقض paradoxical phase وتتميز باستجابة أقوى للمنبهات الضعيفة عنها للمنبهات القوية، ثم مرحلة غاية التناقض ultra paradoxical وتتميز بغياب الاستجابة لكل من المنبهات الضعيفة والقوية مع الاستجابة لمنبهات الكف أى المنبهات التى أدت قبل بداية هذه المرحلة إلى استثارة إستجابات كف في الخلايا. ونعطي مثلاً على ذلك تجربته على أحد الكلاب. كان يدق له مائة دقة من جهاز المترونوم مع تدعيمها بالطعام بينما كانت تدق له ١٥ دقة دون تدعيم. بعد تكرار هذه العملية عدة مرات تكون لدى الكلب فعل منعكس شرطى فكلما دق المترونوم مائة دقة كان لعبه يسيل دون تقديم الطعام. أما إذا دق المترونوم ١٥٠ دقة فلم يكن اللعاب يسيل لأن إستجابة كف تكونت. ولنفرض أن الكف يتكون في بعض خلايا القشرة المخية فإن المترونوم بدقاته المائة والخمسين والتي كانت وظيفتها كنبه للكف ان تؤدي إلى سيل اللعاب فإنها تسيل اللعاب في مرحلة غاية التناقض بينما ان تؤدي المائة دقة إلى ذلك. وفي مرحلة التخدير narcotic phase يقتضى الحصول على أقل إستجابة وجود منبه قوى جداً أما في حالات الكف الكلى فإن الخلايا تقف عن الإستجابة لأى منبه.

وقد ميز بافلوف بين ثلاثة أنواع من الكف - خارجى وداخلى ووقائى .
وتبين الحالة التالية المقصود بالكف الخارجى: إذا استثرت بؤرتان في القشرة المخية يحدث كف لأضعفها طبقاً لقانون التوالد السلبى negative induction .

والكف الداخلى من طبيعة القشرة المخية وحدها ويتكون بنفس الطريقة التى تتكون بها إرتباطات شرطية مؤقتة ويمكن فى أفعال الكف الشرطية المنعكسة. والكف الداخلى ضرورى فى سلوك الانسان . وإنخفاضه يؤدى إلى عدد من الاضطرابات ويحدث النوم نتيجة لانتشار الكف الداخلى على كل القشرة المخية

أما الكف الوقائى فإن قوة رد فعل الاستجابة للخلية العصبية إنما يتوقف على قوة المنبه ، غير أن الزيادة فى القوة لا يمكن أن تستمر إلى ما لانهاية . والحد يتوقف على مدى تحمل الخلية العصبية فقد نصل إلى اللحظة التى تعجز فيه الخلية عن متابعة العمل المطلوب منها وفى هذه الحالة ينشأ الكف الوقائى فى الخلية كاستجابة للنبهات المتتالية. ويسمى وقائى لأنه يحمى الخلية من التحطم .

وتستعيد الخلايا العصبية رصيدها من النشاط فى حالة الكف وحدها . وعلى هذا الأساس حاول بافلوف نظرياً تأكيد أهمية النوم كعلاج .

وقد بين بافلوف أربعة أنماط أساسية للنشاط العصبي . وقارن بينها وبين الأمزجة الأربعة عند أبو قراط: الصفراوى والمفاوى والبلغمى والسوداوى . كما بين ثلاثة أنماط قوية للجهاز العصبي ورابع ضعيف حددها كما يلي :-

١ - نمط قوى تسود فيه عمليات الاستثارة فتكون فيه الأفعال الشرطية بسهولة وتخدم ببطء .

٢ - نمط قوى تسود فيه عمليات الكف وتكون لديه الأفعال الشرطية ببطء وتخدم بسرعة .

٣ - نمط قوى تتوازن فيه عمليات الاستثارة والكف .

٤ - نمط ضعيف تكون فيه كل من عمليات الاستثارة والكف ضعيفة .

وفى شرحنا للأمراض العقلية والعصاب النفسى سنقوم بإعطاء تفسير لكل منها فى ضوء هذه النظرية .

نظرية فرويد Freud (١٨٥٦-١٩٣٩):

ونظريته نظرية لتفسير العصاب النفسى استمد عناصرها من خبرته فى علاج المرضى بالعصاب بالتحليل النفسى. ويؤكد فى نظريته أهمية تاريخ حياة الفرد وخاصة نموه الجنسى، وأثر الغرائز التى يرى أن هناك نوعين منها يختلفان عن بعضهما تماما هما الغرائز الجنسية بالمعنى الواسع (الحب) وهدفها البناء، والغرائز الاعتدائية وهدفها التخريب. وتوجد هذه الغرائز فى طبيعة تكوين كل عنصر من عناصر الكائنات الحية. كما يعطى أهمية لطاقة الحياة التى تسمى الليبدو libido وهى قوة تدفع إلى الحصول على اللذة ولها خاصية نوعية معينة، ويرى أن كثيرا من أنماط السلوك البشرى لامنتطقية وتعزى إلى أسباب لاشعورية.

وهناك مستويات للوعى: ففي المستوى الشعورى توجد الأفكار التى يكون الفرد على وعى بها حاليا وفى مستوى ما قبل الشعور توجد الأفكار التى لا يعيها الفرد حاليا ولكن يمكن تذكرها. أما المستوى اللاشعورى فيحتوى على الذكريات والأفكار الجنسية والعذوانية التى لا يمكن تذكرها. ويرى فرويد أن اللاشعور يكون الجزء الأكبر من الشخصية وله قوته وأثره على السلوك. ولما كانت مصادر مشكلات الفرد وحلولها توجد فى أعماق شخصيته تدعو الحاجة إلى التعمق فى داخله لمعرفة ما فيها.

وتتكون الشخصية عنده من تكوينات ثلاثة هى *the id*، والانا *the ego*، والانا الأعلى *the super - ego*.

أما *الهى* فتكون الجزء الأكبر من الشخصية، وهى لاشعورية، وغير منطوقة وغير منظمة وتسمى إلى اللذة، وبدائية، ومصدره الليبدو، أو طاقة الحياة، ومصدر الدوافع ورغبات الحياة والموت، كما أنها مقر الرغبات المكبوتة. وتعمل الانا كقوة ضابطة متصلة بالواقع. ومن أهم وظائفها أنها تحاول ضبط

الهى والعمل على إبعاد الاندفاعيات والوجدانيات مثل القلق عن مجال الشعور .
وتقوم بالضبط عن طريق ما يسمى بالعمليات الدفاعية . فاندفاعات الهى إذا
حيل بينها وبين التعبير المباشر فإنها تقتحم سياج الأنا مقنعة وغالبا بشكل مقبول
بحيلة دفاعية .

أما الأنا الأعلى فتتكون من الاتجاهات الخلقية للوالدين ، والتقاليد الاجتماعية
التي تعلمها الفرد في طفولته وامتنعها وحكمها في نفسه ، وما يسمى بالضمير يعتبر
من تعبيراتها . ويتحكم الأنا الأعلى في الأنا ويعاملها بشدة وبقسوة ولا يتنازل عن
مطالبه باسم المجتمع والأخلاق .

فكأن الأنا تخضع لثلاث سلطات : سلطة الواقع الخارجى ، وسلطة الهى ،
وسلطة الأنا الأعلى .

ولما كانت الغرائز والرغبات التي تنبع من الهى تكون في كثير من الأحوال
متعارضة ومتناقضة ومنها ما حالت الأنا دون التعبير عنه تحت الضغط الواقع
عليها فكبت فإنه يتكون لدى الفرد ما يسمى بالصراع conflict . وتؤدي
الصراعات التي يعاني منها الفرد إلى ظهور أعراض مرضية وانحرافات سلوكية
تبدو فيمن يعانون من اضطرابات عقلية . كما تبدو في كثير من أوجه سلوك من
يسمون بالسويين ويمكن دراسة نواحي الصراع وتحليلها بدراسة الأحلام وتعبير
الفرد الحر عن مشاكله .

ويؤدي قمع التعبير عن الغرائز النابعة من الهى إلى تولد ما يسمى بالعمليات
العقلية وهي حيل تساعد الأنا على الاحتفاظ بتوازنها .

وقد قسم فرويد النمو الجنسي إلى مراحل تبعا لمنطقة الجسم التي تسود غيرها

كصدر لاجتلاب اللذة في مرحلة العمر الخاصة بها . وأهم هذه المناطق هي الفم ، والشرح . والاعضاء التناسلية . ولكل من هذه المناطق وسائلها الخاصة في استئثارها وفي طريقة إشباعها . والانتقال من مرحلة إلى مرحلة لا يعنى زوال مظاهر المرحلة السابقة بل تستمر هذه المظاهر جنباً إلى جنب مع مظاهر المرحلة التي انتقل إليها الطفل . إلا أن الاضطراب في النمو قد يؤدي إلى التثبيت على مرحلة من المراحل دون الانتقال إلى المرحلة التي تليها ، كما يؤدي إلى بروز مظاهر المرحلة السابقة . فإذا ما صادف الطفل صعباً في مرحلة من المراحل نكص إلى مرحلة سابقة كان يشعر فيها بالأمن والاستقرار . والتثبيت والتكوص يكمل بعضها البعض . والعوامل التي تؤدي إلى التثبيت هي :

١ - الاشباع الزائد في مرحلة من المراحل يجعل من الصعب التخلي عن هذه المرحلة ، فإذا ما صادف الفرد صعباً بعد انتقاله منها شعر بالحنين إلى المرحلة التي سعد فيها ونكص إليها .

٢ - الشعور بالاحباط في مرحلة من المراحل يعوق الفرد عن التقدم إلى المرحلة التالية . فإذا أدى الاحباط إلى الكبت انفصل الدافع المكبوت عن بقية الشخصية وعجز عن التعاون . مما في التطور والنمو ، ويظل هذا الدافع المكبوت عند المرحلة التي كبت فيها ولا يستطيع التحرر منها .

٣ - وما يؤدي إلى الجود التغير المفاجيء من حالة سعادة وإشباع إلى حالة إحباط وتعاسة .

والقاعدة في نظرية فرويد هي أن الفرد الذي ينكص إلى مرحلة جنسية من مراحل الطفولة إما أن ينحرف جنسياً ، أو يلجأ إلى حيل دفاعية أخرى بعد نكوصه فيعتبر مريضاً بالعصاب النفسي . والفرق بين العصاب النفسي

والانحراف الجنسي أن اعراض العصاب النفسى ليست مشبعة للدافع الجنسي ،
بينما تعتبر من عناصر الجنسية الطفالية فى الانحراف ، وبينما يعانى المريض بالعصاب
النفسى من القلق الناتج عن الخوف من فقدان الحب والقلق الناتج عن الخوف
من التعبير عن الانفعالات الذاتية ، نجد أن المنحرف جنسيا لا يعانى من مثل
هذه الانواع من القلق . والاساس فى العصاب كله عقدة أويديب وحب الطفل
لأمه منافسا للاب ورغبته فى التخلص منه .

الفرويديون المحدثون :

هناك مدرسة حديثة من مدارس التحليل النفسى يسمى أتباعها بالفرويديين
المحدثين neo Freudians يتزعمها إريك فروم وهارى ستاك سوليفان وكارن
هورناى . وتتخذ آراؤهم أهميتها فى أنهم حاولوا فهم العصاب فى ضوء الضغوط
الثقافية والتفاعل الإنسانى معارضين لإتجاه فرويد البيولوجى . وكان فروم
فى الأصل من المحللين النفسانيين من أتباع المدرسة الفرويدية هاجر من أوروبا إلى
أمريكا . أما سوليفان فكان من أطباء الأمراض العقلية منكبته خبرته مع المرضى
بالفصام إلى إثبات أنه يمكن إنشاء علاقة علاجية مع هؤلاء المرضى وكان
فرويد يرى استحالة ذلك . فوسع مجال العلاج النفسى ليضم المرضى بالذهان وكان
الاعتقاد السائد قبل ذلك أن العلاج النفسى يستحيل مع كثير منهم .

التقى إريك فروم وسوليفان وكارن هورناى فى أمريكا ونجحوا فى تكوين
مدرسة يتركز إهتمامها على دراسة العلاقات الانسانية وعلاقة الانسان بالمجتمع فى
ضوء إسهامات علماء الاجتماع وعلماء الأتروبولوجيا .

ويتفق فروم وسوليفان فى أن المرضى نفسيا يعانون من أن أحسن
إمكانياتهم تظل مكبوتة وبذلك الحياط نتيجة لضغوط ثقافية سيئة ،

كما بينا أهمية الصعوبات الانفعالية التي يعاني منها الآباء وخاصة الأم في التأثير على نمو الطفل .

وعلى الرغم من أن اهتمام سوليفان كان بالعلاج الطب النفسى وتكنيكات العلاج فإنه يعتبر صاحب نظرية في علم النفس الاجتماعى . أما اهتمام فروم فكان بالأخلاق . وتفيض كتاباته بمعالجة مشاكل المجتمع . وفي رأيه أن مشكلة الانسان هي في الطريقة الخاصة التي يحاول بها الالتئام إلى العالم وإلى نفسه ، بينما يرى سوليفان أن مشكلة الانسان تكمن في العلاقات الانسانية . ويتكلم فروم عن « اكتشاف الانسان لحقيقة ذاته » ، وينضوى تحت ذلك كل إمكانيات الفرد التي يمكن أن تنمو في أحسن الظروف الاجتماعية . ويفترض سوليفان وجود مجالات كبيرة في الشخصية لم يكتمل نموها وتؤدي الخبرات المبكرة السيئة إلى أن يصبح الناس « كاريكاتورات مشوهة لما كان يجب أن يكونوا عليه » ، ولنتناول الآن أهم آراء كل منهم على حدة .

إريك فروم:

عارض إريك فروم رأى فرويد في أن الاشباع الغريزى هو مشكلة الطبيعة البشرية . فتكيف الانسان لبيئته لا يتم بالغريزة ولكن بالتعلم وتدريب الثقافة له . لذلك فإن طبيعة الانسان ووجدانياته وقلقه تناج ثقافى ، وأن أحسن ما فى الإنسان وأسوء ما فيه ليس من خصائص جهاز بيولوجى ثابت ولكن من نتاج عملية اجتماعية هي التي تخلق الإنسان . ويواجه الانسان مصاعب عصبية نتيجة للحاجات الجديدة التي تولدها ثقافته وللتبؤد والاحباطات التي تثقل بها ثقافته كاهله . فشهوة التسلط عند الإنسان ورغبته فى الخضوع على سبيل المثال ليست حاجات بيولوجية كما يرى البعض ولكنها اتجاهات نمت من غامة الطبيعة البشرية

بعوامل ثقافية معينة . وإذا كانت الثقافة مريضة وعوامل الهدم فيها هي الغالبة فإن الاحباطات التي يتعرض لها الفرد تؤدي به إلى أن يكون هداما لنفسه ولغيره . فشكلات الانسان تتصل بحاجاته التي غرسها مجتمعه فيه .

وشعور الانسان بالعزلة يجعله يحن دائما إلى الشعور بالانتماء إلى الغير والتماسك معهم . فيستخدم طرقا غير منطقية للاتناء . وتكون في العادة واحدة من ثلاثة : إما السادية الماسوكية sado - masochism ، أو الهدم destructiveness ، أو الانصياع الآلي automaton conformity . ويسمى هذه الطرق بالعمليات الهروية . فالأسلوب السادي الماسوكي يمثل موقفا يسعى فيه الفرد إلى الاعتماد على آخر للحصول على السند . ويمثل الشخص الآخر هنا القوة أو السلطة التي يمكن استغلالها . وقوته سحرية يمكن الالتجاء إليها ليحل له أي مشكلة . كما أنه ذو امكانيات يمكن استغلالها . أما في أسلوب الهدم فصاحبه يحاول مواجهة شعوره بالعجز إلى تحطيم كل ما يؤدي به إلى الوقوف موقف المنافسة أو المنارته بالغير . وبينما يحاول السادي الماسوكي الاحتفاظ بضحيته بجواره يحاول الهدام التوصل إلى عزلة جديدة لنفسه بالانتصار الكامل والقضاء على عدوه . ويذكر فروم أنه قد تكون هناك كراهية منطقية إذا ما واجه الانسان تهديدا لحياته أو لتكامله أما الهدم الذي يمثل محاولة لحل مصاعب عصائية فهو غير منطقي .

أما الانصياع الآلي ففيه ينصاع الفرد انصياعا أعمى لثقافته فينحني بخضوع لأسلوب الحياة الذي يفرض عليه والتحكم في تفكيره وشعوره سواء كان هذا الفرض ضمنا أو صراحة .

وأي أسلوب من الأساليب الثلاثة لا يعتبر حلا بناء لما يعاني منه الانسان من عزلة .

ونميز فروم بين التسلط المنطقي والتسلط غير المنطقي . فهناك سلطة منطقية وسلطة غير منطقية . وتقوم السلطة اذا كانت منطقية على القدرة والكفاءة ونتيجة استقلال الفرد ونموه ، أما غير المنطقية فتقوم على الحاجة المرضية للقوة . ويكون مصدر القوة إما الهبات السرية أو أشكال القهر المختلفة . والشخص الذى يخضع للتسلط غير المنطقي يجد القوة بالتوحد مع مصدر التسلط سواء أكان فردا أو جماعة أو فكرة .

وعقده أوديب التى فسرهما فرويد على أساس جنسى فسرهما فروم على أنها تعبير عن كفاح الطفل فى سبيل التحرر من السلطة الأبوية التى تحاول صبه فى قالب معين طبقا لرغباتهم .

ويقدم لنا فروم أنماطا من الخلق . والخلق فى رأيه شكل ثابت نسبيا شكلت فيه الطاقة البشرية فى عملية استيعاب الثقافة والنشئة الاجتماعية . والناس تبعاً لذلك منهم .

١ - العيّل The receptive وهذا النوع يعتقد أن كل شيء يحتاج إليه ويرغبه لا بد أن يأتى من مصدر خارجى يخضع له ويخضع دون الاعتماد على نفسه وعلى إمكانياته . وهو دائم البحث عن ذى القوة السرية الذى يراعاه ويتكفل به . وهذا النوع مذهب ورقيق غير أن التلق يعتريه إذا لحق تهديد بمصدره . والاسلوب السادى الماسوكى هو الذى يربط بين الاثنين وهؤلاء من نسميهم فى ثقافتنا بالمحاسبين على ذوى السلطة .

٢ - الاستغلالى The exploitive : هو ذلك الذى يحاول الحصول على كل شيء إما بالقوة أو بالدهاء وكل شيء فى نظره ليس إلا مصدرا للاستغلال . وكل ما يمكن الحصول عليه أو سرقة له جاذبية أقوى من ذلك الذى يمكنه انتاجه بمجهوده وعرقه . وتنقسم اتجاهاته بالعداء ، وبينما يتصف العمالة بالثقة بالنفس يتصف الاستغلالى بالشك والغيرة والحدود والاسلوب الغالب عنده هو الهدم .

ونرى هذا النوع فى ثقافتنا فيما نسميهم بالإتهازيين ، وزراهم فى العديد من وصل الى المناصب الادارية الكبرى .

٣ - الكنوز The hoarding ، ويقوم الشعور بالأمن عند الكنوز على الاكتاز . ويشير الصرف عنده القلق . فهو بخيل يسيطر عليه حب الامتلاك . ويقال عنه أنه يعرف كل شيء . لكنه عاجز عن التفكير الابتكاري . وهو عادة منظم ، دقيق ، يحافظ على مواعيده ، ولا يتحمل رؤية أي شيء في غير مكانه .

٤ - السلعة The marketing : وهذا النمط على استعداد لبيع أنفسهم وإمكانياتهم لمن يدفع الثمن . ولما كانت هناك ثقافات ترفع شعارات ضرورة التوافق مع المجتمع والحساسية للتغيرات ويقاس النجاح فيها بالقدرة على التلون طبقاً للظروف ، فإن هذه الثقافات تكون مليئة بخبراء بيع النفس ، ومن تضم شخصياتهم عناصر التلون لكل زمان وكل ظرف . وهؤلاء لا يشعرون بالاستقلال والفردية لشعورهم العميق بالانلق وعدم الكفاءة واسلوبهم الانصياع والعفوية .

٥ - المنتج The productive : إن كل الانماط السابقة أنماط غير منتجة . والإنسان بحكم طبيعته معتمول وإجتماعي ومنتج فعليه أن ينتج لكي يعيش . والانتاجية بالمعنى الواسع هي قدرة الإنسان على استخدام طاقاته وتحقيق إمكانياته الكامنة فيه العقلية والوجدانية والاحساسية بما في ذلك استجاباته للآخرين ولنفسه وللأشياء . والأسلوب الانتاجي يعني أسلوب الفرد في الانتماء لكل مجالات الخبرة . ويعني هذا قدرة الانسان على التفكير المستقل الناقد ، والمشاركة الوجدانية القوية دون أن تجتاحه انفعالاته ، واحترام الذات واحترام الغير ، والتمتع بالحياة دون شعور بالقلق أو الكبت ، والاستمتاع بالطبيعة والفن ... والشعور بان الحياة جديرة بأن يحياها الإنسان .

والتكوين الاخلاقي للشخص الناضج المتكامل المنتج هو المنبع الأساسي للفضيلة . . . والرديلة ، بعينها هي تجاهل المرء لذاته وتشويهه لنفسه . إن

القيم الأخلاقية الانسانية التي يجب إكبارها ليست إنكار الذات ، وليست الانانية ، ولكن حب الذات . إنها ليست إنكار الفرد ولكنها تأكيد لذاتيته وإنسانيته . وإذا كان للانسان أن يثق في القيم فعليه أن يعرف نفسه وقدره طبيعته البشرية على الخير والانتاجية .

ويعنى ذلك

١ - أنه يجب الاجماع على أن البشر جميعا يشتركون فيما يسمى بالانسانية التي هي جوهر طبيعة الانسان .

ب - إذا أمكننا معرفة الطبيعة الحقيقية للانسان فإننا ستوصل إلى معرفة ما يجب عليه أن يفعل لتحقيق جوهر طبيعته... تحقيق ذاته .

٣ - إن فشل الفرد في أن يعيش طبقا لحقيقة طبيعته امتهان للقانون الخلقى الاساسى ويؤدى إلى ١ - تحطيم تكامله العقلى والانفعالى ، ٢ - الضياع البشرى ، ٣ - الشعور المضى بفشل المرء في تحقيق ذلك الشيء الموطد في داخله... والشعور بالغربة عن حقيقته ذاته . فكان المييار هو الحيدة عما هو انساني وما هو من صميم طبيعة الانسان وما يؤدى إلى تحقيق هذه الطبيعة... تحقيق الذات .

سوليفان :

يعتبر أول من صاغ نظرية في نمو الشخصية من بين كل من جاءوا بعد فرويد . ويسمى سوليفان نظريته بنظرية العلاقات الانسانية المتبادلة . فهو يرى أن الانسان نتاج لعملية تفاعله مع الغير ، وتبرز الشخصية من القوى الشخصية والاجتماعية التي تؤثر فيه منذ لحظة الميلاد . ويسمى الانسان في حياته إلى تحقيق هدفين هما التوصل إلى الاشباع ، والتوصل إلى الشعور بالامن . أما التوصل إلى الاشباع فيكون باشباع حاجاته البيولوجية ، أما تحقيق الشعور بالامن فيكون عن طريق العمليات الثقافية . ويمتزج الهدفان وعملياتهما في نسيج واحد . فإذا كانت الثقافة

تدخل في السعى لتحقيق الاشباع كما هو الحال في النشاط الجنسي فإن ذلك يصبح مشكلة، غير أن معظم المشكلات النفسية تنبع من صعوبات تعترض الفرد لتحقيق الشعور بالأمن، والشعور بالأمن يقوم عنده على الشعور بالإتباء وشعور الفرد بأنه مقبول في جماعته. إذ يتعلم الطفل حتى قبل أن يتكلم اتجاهات الثقافة عن طريق اتجاهات من لهم دلالة من الافراد عن حوله وخاصة الأم. فقلق الأم وغضبها وعدم رضاها يعطى الطفل شعورا بعدم الراحة وفقدان النشوة euphoria. ويصبح رضا الآباء وغيرهم أو عدم رضاهم أسلوبا من أساليب التعليم. فالرضا يؤدي إلى شعوره بالراحة بينما يؤدي عدم الرضا إلى شعوره بالقلق وفقدان الأمن. فتحقيق الأمن ينتج من تحقيق التوقعات الاجتماعية.

والقلق والتوتر يلعبان دورا هاما في نظريته. فالتوصل إلى الاشباع أى اشباع الحاجات الجسمية يؤدي إلى إزالة توتر العضلات الملساء اللا ارادية والشعور بالراحة والارتخاء. وعندما تبدأ الأم في استخدام التحريكات يصبح توتر العضلات الملساء وارتخائها غير متوقف على الحاجات البيولوجية من ناحية الاشباع أو عدم الاشباع، ولكنها تتخذ وظيفة أخرى إذ تتأثر بكل ما يبعث على عدم الراحة. وعجزه عن تحقيق التوقعات منه يؤدي إلى المزيد من التوتر العقلي. فيبعد عن مجال الشعور مظاهر مختاره من توقعاته التي ثبت أنها تبعث على القلق. ولا تؤدي محاولاته عن طريق النشاط إلى التخلص التام من القلق لأن مستوى القلق لا يسير في سرعته أنماط التفريغ الخاصة بالتوترات الجسمية.

والقلق عند سوليفان قوة لها أثرها في تكوين الذات والنفس غير أنها قوة معوقة. إذ تقلل من قوة الملاحظة كما تقلل من القدرة على التمييز وتعوق الحصول على المعلومات كما تعوق الفهم وتؤدي إلى قصر النظر وهي عادة ينزع إلى إبعاد

الموقف الذى يبعث عليها من مجال الوعي . وفى سعى الطفل إلى تجنب الشعور بعدم الراحة الذى يؤدي إليه عدم رضا الآخرين ينزع إلى تنمية وتأكيد المظاهر الموجودة فى ذاته التى تبعث على سرورهم وتقبلهم ويعزل تلك المظاهر التى لا تبعث على رضائهم ولا يعترف بها كجزء من ذاته . وليس من السهل عليه استيعاب هذه المظاهر المعزولة إلا بالعلاج النفسى فيما بعد حين يتمكن من الانفعال بها والاعتراف بها كجزء من ذاته .

وتتكون الذات أو النفس باستغلال الامكانيات الذاتية للحصول على رضا الآخرين وخاصة الام وتجنب عدم رضاهم . وتجنب القلق الذى يبعث عليه فى البداية عدم الرضا أكثر القوى أثرا فى تكوين الذات . ولما كان القلق نتيجة مباشرة لفقدان الشعور بالكفاية من وجهة نظر من لهم أهمية من الافراد عنده يتضح لنا أن الثقافة تتمرر ما إذا كانت الذات ستضمن كثيرا من امكانيات الفرد الذاتية أو أنها ستجمل منه كاريكاتورا مشوها لما كان يجب أن يكون .. فإنه يرى نفسه فى ضوء ما يراه فيه الآخرون . فإذا كان الآباء يحبونه ويحترمونه فإنه سوف يحترم نفسه ، أما إذا كان اتجاههم سلبيا نحوه فإنه لن يتمكن من ذلك . فالذات عند سوليفان تتضمن المظاهر المقبولة وغير المقبولة أما نسبة كل منها إلى الأخرى فيتوقف على المعاملة التى كان يعامل بها فى باكورة حياته . والذات تنظيم ثابت يتضمن أكثر مما هو شعورى فى أى وقت . والخلاصة إن نظام الذات عند سوليفان عبارة عن نتاج للرغبة فى التوصل إلى رضا الآخرين والاجتهاد فى تجنب عدم رضاهم أثناء التفاعل معهم . ونظام الذات جزء من الشخصية يمكن ملاحظته . فالإنسان تشكل ثقافته وكل محاولة للانشقاق عليها يبعث على القلق .

والعلاقات الانسانية المتبادلة عند سوليفان لا تقتصر على مجرد العلاقة بين شخصين أو أكثر لهم وجود في الواقع فحسب فقد يكون هناك تجسيم تخيلي لأشخاص لا وجود لهم إلا في الخيال . كمن يرسم صورة لزوجته مثالية لا وجود لها في الواقع . كما أن المرء قد يضيق على بعض الناس زورا خصائص استمدتها من أفراد كانت لهم أهمية من حياته في الماضي وحينئذ يمكننا القول أن العلاقات الانسانية المتبادلة يمكن أن تقوم بين المرء وأي فرد أو أفراد آخرين ولهم وجود في الواقع أو في الخيال .

فإذا كان هناك موقف يستجيب فيه فرد لشخص لا توجد صورته إلا في خياله فقد يعني هذا وجود تحول لاتجاهات الفرد في طفولته نحو أبويه الى الموقف الحالي . كما قد يعني أيضا تلمص المرء لأشخاص آخرين . ومن الطرق التي تستخدم لتعليم المرء ما هو واقعي أن يقوم الشخص بمقارنة آرائه بآراء الآخرين وبهذا الشكل يتمكن من تصويب كثير من آرائه وأفكاره ويقرب من الحقيقة .

ويقسم سوليفان مراحل النمو إلى ست مراحل هي :

١ - مرحلة المهد من الميلاد حتى الوقت الذي تنمو فيه القدرة على الكلام . وأهم عامل في هذه المرحلة هو العلاقة بالأم ويتوصل الطفل تدريجيا في هذه المرحلة الى بعض الوعي بحدود قدراته ويبدأ في رؤية نفسه كوحدة منفصلة عن غيره .

٢ - مرحلة الطفولة وتمتد من نهاية مرحلة المهد الى الوقت الذي يصبح فيه التعاون مع القرناء ممكنا . وفي هذه المرحلة يلقي الطفل كثيرا من متطلبات الثقافة . ويبدأ الصدام بين كثير من رغبات الطفل ورغبات الوالدين .

٣ - مرحلة الصبا : وتغطي هذه المرحلة الفترة التي ينمو فيها التعاون مع الأطفال الآخرين والتأزل عن بعض اهتماماته في سبيل تماسك الجماعة ، كما يتعلم مقارنة نفسه بالآخرين عن طريق المنافسة . كما يبدأ في اكتشاف البيئة حوله خارج نطاق المنزل وهذه البيئة قد يكون لها معايير تختلف عن تلك التي يتمسك بها

الآباء في المنزل . وينشأ لدى الطفل الخوف من المقاطعة وتكون لديه الرغبة في الالتئام .

٤ - مرحلة ما قبل الفتوة ما بين سن ٨/٢ و سن ١٢ سنة ويعتبرها سوليفان أهم مرحلة ففيها تحرك من إطار التركز حول الذات الى السلوك الاجتماعي الكامل وهنا تبدأ ظهور القدرة على إيجاد علاقة صداقة، وبظهور الصداقات يظهر في حياة الطفل من يتم به اهتمامه بنفسه ، ويكون هناك من يشاركه في أفكاره ونشاطه ويمكن القول انه توجد حالة حب .

٥ - المرحلة التالية هي مرحلة الفتوة adolescence ويقسمها الى ثلاث مراحل . الفتوة المبكرة من بداية النضج الجنسي الى اكتمال تغيرات الصوت ، والفتوة المتوسطة الى تنميط السلوك الجنسي، والفتوة المتأخرة حتى إنشاء مواقف فيها علاقات اليفة مستمرة .

وبهذا نرى أنه لا يعطى للناحية الجنسية الدور الاساسي في مراحل النمو ، ولم يعطها أهمية إلا في مرحلة الفتوة .

لقد كان لنظريته أثر كبير في العلاج النفسي من ناحية تحديد دور المعالج في العلاقة العلاجية التي هي علاقة متبادلة .

كلون هورفاي :

وهي من المحللين المحدثين. وتختلف مع المدرسة الفرويدية كما يختلف زميلاها. إذ ترى أن السلوك السوي إنما هو نتاج لاضطرابات في العلاقات الانسانية . كما لا تهتم بخبرات الطفولة الاولى وكبت الدوافع البيولوجية إهتمامها بالتكوين الخلقى الحالي للفرد وصراعاته. وهي في ذلك لاتتفق الخبرات المبكرة في تكوين الشخصية إذ ترى أن خبرات الطفولة الاولى وصراعاتها تؤدي إلى تكوين بنية خلقى فريد بعد الفرد لضمومات عصائية فيما بعد . ويختلف هذا الرأي عن رأى المحللين

الأوائل الذين يرون أن صراعات الشخص وما يعاني منه من عصاب تكرر
لخبرات منعزلة في الطفولة .

وتتميز بين القلق « السوى » وهو عبارة عن الخوف من أحداث عينية كالموت
أو حادثه من الحوادث، والقلق « العصبي » أو « الاساسي » وهو خوف ينبع من
علاقات مبكرة حين مجابهة الفرد لعالم عدواني . ويؤدي مثل هذا الخوف إلى
تكوين عمليات دفاعية .

وهناك أربع طرق ياجأ إليها الفرد للهرب من القلق هي التبرير ، والانكار،
والتخدير ، وتجنب المواقف التي قد تؤدي إلى انتفاكير فيه، فيحاول الفرد بالتبرير
أن يحول القلق إلى مخاوف معقولة، فالأم التي تبدي قلقا زائدا على أولادها قد
تبرره بالخوف عليهم من الأمراض أو الحوادث أو ما إلى ذلك . ويكون إنكار
القلق شعوريا أو لا شعوريا. والفرد الذي يبرر قلقه بخوفه من الظلام أو اللصوص
قد يتحدى هذا الشعور بتعمد النوم دائما في الظلام لإظهار عدم خوفه منه، وقد يترك
باب مسكنه مفتوحا لكي يثبت لنفسه أنه لا يخشى إعتداء اللصوص . وقد يتغلب
بذلك على مخاوفه من الظلام واللصوص . ولكنه لا يتغلب أبداً على قلقه الأصلي
فهذا انكار شعوري . أما الانكار اللا شعوري فيتضمن كبت القلق الذي تنم عنه
المصاحبات الجسدية من رعشة وتصيب العرق وازدياد نبضات القلب والاسهال
وما إلى ذلك . ويقصد بالتخدير محاولة التغلب على القلق بتعاطي المخدرات وشرب
الخمر . وما يجدر ذكره في هذا الصدد أن المقامرة وركوب الشطط في إشباع الدافع
الجنسي ما هي إلا محاولات هروبية أثرها كأثر التخدير . ومن أمثلة تجنب المواقف
التي تؤدي إلى القلق مثل الفتاة المتعلمة التي تعبر عن إحترارها للرجال بالابتعاد
عنهم والامتناع عن التحدث إليهم، بدعوى أن في ذلك محافظة على التقاليد وآداب

السلوك . وهي في الحقيقة تتجنبهم لكي لا تستثير القلق الذي يلاحقها لفقدانها ثقتها بنفسها وبمدى تأثيرها على الرجال واكتساب إعجابهم .

ويتصل بما أسمته « القلق الاساسي » ، « المداوة الاساسية » ، إذ ترى أن القلق العصبي انما ينبع عن وجود عداوة مكبوتة أسقطت على الآخرين، ورؤية الدنيا كدنيا عدائية يؤكد قلعا وكبتا للمداوة ، وهكذا .

وتتكلم عن « الصراع الاساسي » ، والذي يوجد في مستوى لاشعوري . ويدور هذا الصراع حول وجدانيات الاعتماد والحب الموجودة لدى الفرد نحو الوالدين ومعها وجدانيات المداوة نحوهما لإحضراره للاعتماد عليهما . ويتحرك الشخص السوي بحرية بين النزعات المتعارضة: بين الاستقلال والاعتماد بينما يكون العصبي حوازيا في سلوكه ويرى أن مشاعره الاستقلالية والاعتمادية تسير في اتجاهات متضادة . وتؤدي هذه الحالة الى الحد من تلقائية الفرد وإعطاء الضحية الشعور بالضيق وفقدان الارادة والتعب .

وترى أن أهم ما يميز المرضى بالعصاب النفسي عن الأسوياء هو وجودهم في السلوك وفي إستجاباتهم للمواقف المختلفة ، كذا الاختلاف بين قدراتهم وتحصيلهم . فالشخص السوي فعلا قد يتشكك في أي موقف استثار فيه الشك ، بينما نجد المريض دلي استعداد للتشكك في أي موقف بل يسعى الى البحث عما يستثير هذا الشك ويؤكد .

وفي رأيها أن هناك أربعة عوامل تلعب أدوارا هامة في العصاب النفسي . وهذه العوامل تتشابه ويتغذى بعضها بعضا وتخلق الصراع ، وقد يسود أحدها فيطبع المريض بطابعه . وهذه العوامل هي :

١ - الحاجة الملحة الى العطف : وتبدو هذه الحالة في المحاولات التي يبذلها المريض لاكتساب العطف والحب . فقد يضحى بالغالي والبعين في سبيل إرضاء

الغير والنصحية من أجلهم . وهو في قرارة نفسه كاره لما يفعل لأن الشعور الكامن هو الخوف من الناس والحق عليهم ، وكأنه بتضحياته لاكتساب الحب يقول للناس « إنتى أعبر عن حبي لكم حتى لا تؤذوننى » . إلا أنه يريد حبا مطلقا دون قيد أو شرط . ولا تجدى معه أى محاولة لإظهار الحب له . فهو يريد المزيد منه دائما مع عجزه عن مقابلة الحب بحب حقيقى من ناحيته لأنه يشعر فى قرارة نفسه بعجزه عن أن يحب ، فهو لا يرضى بعلاقة فيها المساواة فى تبادل الحب . ونتيجة لفشل هؤلاء فى الحصول على ما يبتغون من حب وعطف بالشكل الذى يرضيهم ، نجد الكثير منهم ينتقلون من علاقة غرامية الى أخرى دون أن يجدوا فى كل ذلك أى إشباع .

٢ - الحاجة الملحة الى القوة : وتبدو هذه الحاجة فى نزوع المريض الى السيطرة واكتساب الصيت والحصول على الثروة . وتنبع كل هذه الرغبات عن إحساس عميق بالقلق والكرهية والحققد والشعور بالنقص . ويبدو أنه يشعر أن إستحواذه على القوة قد يحميه من إيذاء الناس له . فتجده يباهى ويفاخر بالمال أو الجاه أو الذكاء أو العلم . ويعز عليه أن ينسب إليه الخطأ ، فرأيه دائما هو الصواب . وهو يحاول اكتساب الصيت بالتعرف على الشخصيات الهامة ، كما يحاول أن يكون دائما فى المقدمة بين أقرانه مستغلا أى سلاح فى التفوق عليهم . فينقص منهم ومن قدراتهم وقد يستغل الوشاية والكذب والسخرية والتهكم وما إلى ذلك . ويقع هذا الفرد فى صراع بين حاجته لحب الناس وخوفه من إنتقامهم ويعجز عن حل هذا الصراع . إذ أنه يجمع بين التقيضين : رغبة فى السيطرة على الناس ورغبة فى اكتساب حبهم .

٣ - الخنوع المرضى : وتظهر أعراض هذا الخنوع فى تقبل الفرد لمبادئ معينة تؤمن بها هيئة ما أو فرد ما . كما نجد أنه نادرا ما يعارض أى فرد بل يتقبل

آراءهم ورغباتهم ويسير في التيار . فإذا كان من الصنف الأول فهو يتقبل السلطة التقليدية وما تبديه من توجيهات ، وإذا كان من النوع الثاني فهو يكبت أى رغبة نابعة من نفسه ، كما يكبت أى نقد يرغب في توجيهه للغير . بل كثيرا ما يتقبل إهاناتهم دون دفاع عن نفسه . وفي كلتا الحالتين يعتقد الخانع أن الخنوع هو الوسيلة التي تجنبه الأذى وتكسبه الرضا .

٤ - الانزواء المرضى : يتخذ هذا الشخص من الاستقلال عن الغير سواء في تحقيق حاجاته الداخلية أو الخارجية وسيلة لحماية نفسه . فخشيته من الناس وخوفه منهم يؤديان به الى الابتعاد عنهم . ويعتقد هذا الشخص أن في ذلك تخفيفا لحدة قلقه .

ومن مفاهيمها الهامة مفهوم الاغتراب عن النفس ، *alienation from self* ، ومفهوم دكتاتورية الأشياء الواجبة ، ويقصد بالمفهوم الأول حالة المريض العامة التي تتضمن خوفه من فقدان ذاته ، ووجود الأفكار والوجدانيات المهوشة ، وشعوره بغرابة أفكاره ووجدانياته . أما المفهوم الثاني فيقصد به النزعة القوية لدى كثير من المرضى للسعى بطريقة حواذية لان يكونوا كما يجب أن تكون عليه ذواتهم المثالية دون مراعاة لظروف الواقع في حياتهم .

الباب الثاني

الضحة العقلية

الفصل الثالث

الصحة العقلية

مقدمة :

من المعروف أنه يصعب تحديد مفهوم الصحة العقلية في مراحل التغير السريع الذي يطرأ على المجتمعات خاصة ذلك التغير الذي يصاحب الازمات المتلاحقة أو الحروب أو الثورات .

ونحن إذا نظرنا إلى العالم حولنا بعد أن شاهدنا في هذا القرن حربين عالميتين لم تفصل بينهما سوى فترة عشرين سنة كان من نتائجها اهتزاز العالم كله اقتصاديا وسياسيا واجتماعيا . وتصارعت الايديولوجيات وكافحت دول وشعوب كانت مستعبدة في سبيل حريتها . واشتعلت ثورات التحرير في آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية للتحرر من نير الاستغلال الخارجي ممثلا في الاستعمار ، ومن الاستغلال الداخلي لإرساء قواعد للعدالة الاجتماعية ولتهيئة الظروف التي تحفظ المواطن آدميته. ووجد الاستعمار حليفة الداخل لإثارة الشغب وبث الفتن والالتجاء إلى العنف فتتابعت الثورات وتتابعت الحروب الصغيرة التي كان يروج فيها مشعلوها ألا تعنى إلا الأطراف المتنازعة فخاب فآلهم وأمتد أثرها إلى العالم كله . ووقفت القوى الاستعمارية ممثلة لمصالح الرأسمالية طرفا في كل نزاع لتفرض سيادتها على العالم، فوقفت وراء كاي شك ضد ماوتسي تونج والصين الشعبية، ومع فرنسا ضد الهند الصينية، وحركت الجيوش ضد الشعب الكوري وضد شعب كوبا، واغتالت جيفارا، وقاتلت الشعب الفيتنامي، وأثارت الفتن في الشعوب الافريقية، وناهضت

العرب وسخرت إسرائيل ضدهم لتثري حفنة من الاحتكاريين ملكوا زمام الأمور داخل بلادهم، ليعانى العالم ويعانى المواطن فى العالم الرأسمالى من فقدان ذاته فى خضم المعارك التى يزوج فيها ليحارب أخيه الانسان باسم الانسانية، وليقضى على الحريات باسم الحرية، وليوت هو ويحيا جلادوه... وفى خضم الصراع العنصرى وصراع القيم والصراع الطبقي، والحياة طبقاً لقانون الغابة الذى زيفوه له تحت اسم المنافسة والمباراة الفردية والمجهود الذاتى. غير أنه لا يعيش وحده فى هذا العالم... إن الاحتكاك العالمى وسهولة الاتصال وسرعته كسرت حواجز العزلة بين الشعوب. وإذا كان المجتمع مرآة يرى فيها الفرد نفسه، فقد أصبح المجتمع العالمى المرآة التى يرى فيها المواطن فى المجتمع الرأسمالى وجهه الكالـح... إن المواطن - أى مواطن - لم يعد واقعه قاصراً على حدود أسرته أو بيئته المغلقة ومجتمعه الذى يعيش فيه، بل أصبح مجال الواقع يضم العالم كله، وما يحدث فى أى بقعة من الأرض يتأثر به الجميع فى كل مكان... لقد بدأ المواطن فى العالم الرأسمالى ثورته معبراً عنها ببعض مظاهر الاحتجاج... بالتظاهر، بالاعتيالات، بالعنف، بتعطى المخدرات، بإدمان الخمر، بالدعارة، بالجريمة، بمحاولة العودة إلى الحياة البدائية بالشكل الذى أستنته جماعه الهيبيز وغيرهم.

إن مظاهر الاحتجاج تبتاح العالم الغربى كله منذرة بانهيـار صرح ثقافات لوئت عناصرها بدماء الشعوب الإسيوية والافريقية.

ويقوم الكيان الإنسانى على علاقات يقيمها الانسان بينه وبين ربه، وبينه وبين غيره من الناس، وبينه وبين المادة. ولا يسير التقدم فى هذه الاتجاهات كما يبدو لنا حالياً بنفس السرعة وبنفس الخطى. فى الوقت الذى تخلفت فيه الدول المتقدمة فى علاقة الانسان بالانسان وفى علاقة الانسان بالله نجدها قد تقدمت فى علاقة الانسان بالمادة فيما وصلته من تقدم علمى وتكنولوجياى، نجد الشعوب

التي تمت بالتخلف حطم لها المستعمر قيمها وعقائدها ونفث السموم في العلاقات الإنسانية بين أفرادها واستنزف ماداتها ... فتخلفت في كل الاتجاهات .

والتقدم العلمي والتكنولوجي يمثل ثورة ، ويعنى تغييرا اجتماعيا وثقافيا وقصديا ... ويعنى قدرة الإنسان على تحكمه في عالمه . وهذه الثورة بما فتحت وما سوف تفتحه من آفاق عامل هام من عوامل التغيير الذي قد يؤدي بالعالم إما الى نهايته بتسخير العلم والتكنولوجيا للدمار والخراب ، أو سعادة البشرية بتوجيهها للرفاهية ولحل المشكلات التي يعاني منها الإنسان في أرجاء العالم .

وفي الوقت الذي نجد فيه ثورات التحرر تحتاج العالم وتقابل بالهز والحروب وأسلحة الدمار والموت الجماعي ، وفي الوقت الذي تجمل فيه مخترعات الغد من مخترعات اليوم في حساب التاريخ نجد بقايا من العالم تعاني من الانفجار السكاني والفقر ، والابوة ، والهجرة الجماعية ، وإعادة التوطين ، وأخرى تسابق الزمن في سبيل التصنيع والتحضر وما يتبع ذلك من مشكلات .

كل ذلك يتم في إطار من الصراع العقائدي وصراع الأيديولوجيات والقيم . وسوف يمر وقت قبل أن يصل العالم الى مرحلة من الاستقرار لتبرز القيم الإنسانية التي يمكن أن يجتمع حولها الناس والتي ليست الآن إلا مجرد شعارات . في ضوء ذلك كله تبرز أمامنا مشكلة . أين الجو الذي يمكن أن يتوفر فيه للبرء صحته العقلية ؟ وما هي الصحة العقلية ألم تساعد كل هذه الظروف على زيادة الاضطراب النفسي والمرض العقلي ؟

ويطرح العلماء هذه القضايا (ماروياما - ١٩٥٩)

- هل المجتمع المتغير المتحرر المتطور يمثل فعلا بيئة غير صحية ؟

- هل زيادة الاتصال والحراك الاجتماعي من العوامل التي تؤدي الى فقدان

المرء لفرديته ؟

- هل الأمن يتوفر في الاستقرار ؟ ... وهل الاستقرار هو هدف ما يقوم به الفرد من نشاط ؟

- هل الفردية تؤدي الى العزلة ؟

- هل الانبساطية سطحية والانطوائية فيها عمق ؟

- هل الافعال أكثر سطحية من الدوافع ؟

- هل الموضوعية أكثر سطحية من الذاتية ؟

- هل التفكير العلمي يمثل النضج بينما يمثل التفكير الانفعالي عدم النضج ؟

- هل القدرة على التجريد والتعميم علامة على النضج بينما غيابها يمثل

عدم النضج ؟

- هل القدرة على إدراك الأخطاء البشرية علامة على السطحية ؟

عشرة قضايا تتضوى كل قضية منها على تناقض وتتخذ كل قضية منها لبيان مدى الصلة بين الصحة العقلية والثقافة ولكل نقيض معارضوه ومؤيدوه . ولدى المؤيد والمعارض ما يسوقه من أدلة وحجج على صحة رأيه . ولن نجد إجابة شافية لحسم الموقف . ولعلنا اذا حاولنا تحديد المفاهيم نتمكن من إلقاء بعض الضوء الذى قد ينير لنا السبيل . والمفاهيم التى سنتناول لإيضاحها هى المرض العقلي في مقابل الصحة العقلية، والشدوذ والانحراف في مقابل السواء، والتكيف في مقابل سوء التكيف .

١ - المرض العقل والصحة العقلية :

رأينا في الفصلين السابقين كيف جاهد رواد الطب والانسانيون على مر العصور لإثبات أن الجنون مرض، وناضلوا حتى اتخذت الامراض العقلية مكانها كنوع من فروع الطب . ودرج الاطباء على استخدام مصطلح الامراض العقلية.

ولا يعنى استخدام هذا المصطلح أن هناك إتفاقا تاما بين العاملين في هذا الميدان على سلامته ودقته فوجد آدمز Adams (١٩٦٤) ينادى بأنه لا يوجد ما يسمى « بالمرض العقلى » فى أى صورة لها معنى معقول . إن الحقيقة هى أن مصطلح المرض العقلى يطلق دون تمييز على مجموعة من أنماط السلوك فى العلاقات الإنسانية المتبادلة . فالمرض العقلى ليس إلا ظاهرة تتضمن سلوكا فى علاقات إنسانية متبادلة . ويجب أن تقوم برامج الوقاية تبعا لذلك على فهم منظم للسلوك فى هذه العلاقات . وهو يتفق فى ذلك مع شاز Szasz (١٩٦١) فى رأيه أننا حين نقول أن شخصا ما عنده مرض عقلى أو أنه يعانى منه ، فإننا تؤكد حكما منطقيا مشكوكا فى أمره لأنه من المستحيل أن تؤكد ما إذا كان هذا الحكم صوابا أم خطأ لأن المدى لمعنى مصطلح المرض العقلى واسع جدا . إن بعض علماء النفس قد استعملوا هذا المصطلح « المرض العقلى » لاحظ من قدر بعض زملائهم وإيذائهم فى الوقت الذى يستعملون فيه مصطلح « الصحة العقلية » للدعاية لأولئك الذين يحترمونهم ويحبونهم ... وعلينا أن نفحص بتمعن وبدقة طبيعة الموقف الحالى لانتجائاتنا العلمية نحو ما يسمى بالمرض العقلى .

ونستخلص من هذين الرأيين :

١ - أن مصطلح المرض العقلى مصطلح عام ، مداه واسع ، وبالتالي لا يعتبر مصطلحا دقيقا لأنه يتضمن مجموعة كبيرة من أنماط السلوك .

٢ - إن المجال الذى يظهر فيه الاضطراب العقلى هو مجال العلاقات الإنسانية المتبادلة وعالينا أن نقوم بدراسة السلوك فى مجال هذه العلاقات دراسة منظمة .

٣ - يعنى المرض العقلى وجود تقيض له هو الصحة العقلية . والصحة العقلية بالتالى مفهوم نظرى غامض . وقد نادى أبقرراط ومن جاءوا من بعده حتى فرويد أنه لا يوجد حد فاصل بين المرض العقلى والسواء وأن السوي لا يختلف

عن المريض في النوع ولكن في الدرجة . ويمكن ترتيب الافراد على متصل مستمر بين السواء والشدوذ . وبالتالي يمكن أن يوجد السلوك المرضى في محتوى سوى كما أنه من الممكن أن يوجد السلوك السوي في محتوى مرضى . والمختلصة إننا نرفض حالياً تصنيف الناس في فئتين متناقضتين : أبيض وأسود ، عاقل ومجنون ، مريض عقلياً وسليم عقلياً .

٤ - إن مصطلح المرض العقلي يمكن أن يتخذ للحظ من شأن الفرد وبهذا يصبح لفظة من ألفاظ السب والتجريح بينما يستخدم مصطلح الصحة العقلية للبدح والتقريظ .

ونسوق في هذا المقام وجهة نظر جاءت في مقال بالأهرام بتاريخ ١٤/٣/١٩٦٩ تحت عنوان دفاع عن الجنون يعرض فيها كاتب المقال * بالمحاولة التي تبذل من جانب الاتهام والدفاع والشهود وتسخير أعجب إبداعات العلم الأمريكي لإلصاق تهمة الجنون بالشاب الفلسطيني سرحان الذي قتل روبرت كينيدي المناصرة الصهيونية ضد وطنه فلسطين . يقول الكاتب .

« وسبب هذا التكالب على محاولة إثبات جنون سرحان ، هو تحت شعار الحرص على حياة المتهم ، وتوفير الدفاع الذي يحميه من الكرسي الكهربائي ، حرص أعظم على امتصاص سلوك سرحان داخل نطاق القيم الأمريكية، والمحاولة دون أن تصبح قضيته قضية تدين العنصرية في أرض فلسطين وفي المجتمع الأمريكي على حد سواء . ولذلك اكتشفت له بدعة « ازدواج الشخصية » ...

غير أننا لا يسعنا إلا أن نعترف بأننا شديداً الايمان بضرب من ضروب الجنون ... جنون جليزوبس عندما جراً على أن يتحدى سلطات الاحتلال

النازي ، ورفع علم اليونان فوق الاكروبول ... جنون فوتشيك التشيكي ، وجابريل بيرى الفرنسى وبطولات لا تنتهى من أساطير المقاومة التى فجرت مشاعر شعوب بأسرها ، وحقت حلم تحرير العالم من كابوس النازية .
واليوم - واخذا بهذا التعريف - كان أول فدائي فلسطيني، ألقى قنبلة فى الحى اليهودى بالقدس مجنونا - وكذلك كان تدمير انفجار السيارة السوداء ، وضرب السوق الكبيرة - كما يتسع الجنون لهؤلاء الذين يرقدون اليوم - رابطين الجأش - فى سجون أثينا وزيورخ ، إنتظارا لمحاكتهم . وربما يتسع التعريف - فوق ذلك كله - للقائد العسكرى الذى رأى واجبا عليه أن يباشر متابعته للمعركة ، وقوفا فى الصف الاول .

نعم ، بهذا المنطق ، مجنون هذا الذى يرفض الامر الواقع ، والقيم المفروضة ، والتسليم بما هو قائم . وهو لإتهام طالما وجه الى كل ثائر ، وكل ثورى وكل من ينشد التغيير ، مهما بدت العقبات كالجبال الشاهقة .

ولكن أفرادا شذوا عن الإجماع استطاعوا عبر القرون أن يفرضوا إرادتهم ، ويجسدوا إرادة التغيير ، وتجاوز المجتمع تقلصاته واختناقاته .

ونود أن نقرر أن المفاهيم التى يتضمنها هذا المقال لم تتولد عن انفعال أو حماس ، وليست تبريرا سياسيا لسلوك يدينه مجتمع معين ... إن المقال يقوم على حقائق علمية مدعمة لا تحتمل التأويل ...

يقول واركتين وزملاؤه (١٩٦١) Warkentin et al إن الجنون هو التمتع بالتلقائية ، وعدم الانصياع للثقافة مؤقتا ... إن التخلي عن تنظيم الشخصية بإزاحة القيود المفروضة عليها وعوامل النقص وعوامل الكف سعيًا وراء طريقة أكثر إشباعًا للحياة مع أنفسنا ومع غيرنا من الناس يعتبر جزءا هاما من الخبرة

البشرية . إن الحرية في أن يكون الفرد غير معقول تؤدي إلى ثراء الحياة وتنوعها ، وفي بعض الحالات تكون الندرة على أن يسمح الفرد لنفسه بأن يتفكك نظامه مما يسهل عملية الصحة العقلية . إن الجنون النافع يؤدي إلى خبرات توسع من حدود الشخصية

ونحن نقسم أن كان هؤلاء العلماء يصفون الجنون المرضى ، أم يصفون الجنون من النوع الذي يتهم به سرحان والذي هو بعينه الصحة العقلية . يقول ماسلو Maslow (١٩٦٤) « إن النفس السليمة ليست مجرد أداة للتلاؤم ولكنها تظهر نزعة نحو التطاع في داخلها للبحث عن القيم والقواعد التي يمكن أن تعيش بها . إن الأصحاء يظهرون عادة انفصالية وإستقلالا وطامعا للحكم الذاتي وكل ذلك يلخص يبتهم ولا يتوقف عند مجرد النجاح النفسي في الخارج ولكن بين أيضا التوافق الداخلي والصحة العقلية » .

ويقول بلاتز Blatz (١٩٥٧) « إن الصحة العقلية وظيفة لتقبل تبعات القرارات التي يتخذها الفرد » ، والفرد الذي لا يتجنب أبدا عواقب سلوكه سواء أ كان هذا السلوك خارجا على قواعد الضبط أو خاضعا لها فهو شخص في تمام الصحة النفسية » .

ويرى بونز (١٩٦٢) أن الشخص السليم نفسيا يرى نفسه كشخص نشط يؤكد ذاته ... ولديه الإيمان على التوصل إلى أهدافه وذلك بالاقتراب التدريجي المتوالي ... ويظهر من الشجاعة ما يمكنه من توقع الصعاب ومواجهتها بل توقع الفشل الذي قد تؤدي إليه الصدقة .

في ضوء هذه التعاريف نقسم هل التأثير الفلسطيني مجنون أم شاب في تمام الصحة العقلية : لقد اتخذ قرارا ، وتحمل تبعاته ، رغم مناقضته لقواعد الضبط

الأمريكية ، ولم يؤثر الانصياع لما يراى بشعبه ، فحطم القيود المفروضة مهتديا بقيم وقواعد وجددها فى نفسه وفى ذاته ، وإن بدا غير معقول فى نظر الآخرين ، وفى نظر العلماء الذين حكموا عليه بالجنون بأدوات من نتاج ثقافتهم تتمثل فيها معاييرها وقيمها . ويدينهم واحد منهم إذ يقول سميث (١٩٦١) «إن القوائم التى يقدمها علماء النفس عن الصحة العقلية وشروطها تخفى وراءها القيم التى يتمسكون بها ويمثل ذلك عجزا ونقصا إن مايجب أن نتجنبه هو المناداة الخرافية بـقيم نخفيها تحت شعار العلم ،

ولنزيد مفهوم الصحة العقلية إيضاحا ونلقى مزيدا من الاضواء على المشكلة التى تصدينا لهاالتقرير مدى ما يتمتع به مناضل بطل من الصحة العقلية نسوق التعريف الذى اتخذته لجنة خبراء الصحة العالمية فى تقريرها الثانى الصادر فى سنة ١٩٥١ والذى خططت على أساسه برامجها فى العشرين سنة الماضية . جاء فى التقرير -

« لما كانت هناك تعاريف متعددة للصحة العقلية فإن اللجنة تشعر أنه من المهم أن تضع المفهوم الذى كان لديها أثناء المناقشة . إن المفاهيم التى تعرف الصحة العقلية سلبيا كحالة يكون فيها الفرد متحررا من الاضطرابات الطب نفسية الظاهرة لا تبعث على الرضا . كما أن الاحتفاظ بالتلائم مع البيئة فى كل الظروف كظاهرة للصحة النفسية يعنى تجاهل حقيقة أن البيئة قد تكون فى حالة تكون الاستجابة الصحية فيها هو محاولة تغييرها . ومع ذلك فعلى الرغم من أن الإكراه على التلائم لاى بيئة وكل بيئة ليس من خصائص الصحة العقلية ، فالقدرة على تكوين علاقات موفقة مع الآخرين يعتبر من الصحة العقلية .

والصحة العقلية كما تفهمها اللجنة تتأثر بكل من العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية . كما أنها ليست حالة سباتيكية ، ولكنها حالة تتعرض للتغير والتذبذب فى درجتها . ويتضمن مفهوم اللجنة القدرة فى الفرد على تكوين علاقات موفقة مع

الآخرين والمشاركة أو الإسهام بنائيا في تغيير بيئته الاجتماعية والطبيعية. وتتضمن أيضا قدرته على إشباع متوافق ومتوازن لطاقاته الذاتية التي تتعارض مع غرائزه. والمقصود بالإشباع المتوافق التوصل إلى التكامل دون حرمان من إشباع بعض النزعات الغريزية لمقاومة نزعات أخرى .

كما تتضمن نمو الشخصية بطريقة تمكنت بها الدوافع الغريزية المتصارعة من أن تجد التعبير المنسجم لتحقيق العام للقدرات.

والملاحظ أن الاتجاهات في تعاريف الصحة العقلية في العشرين سنة الأخيرة تنحو نحو التخلي عن كثير من العناصر التي كانت تعتبر أساسية في التعاريف التي كانت موجودة حتى سنة ١٩٥٠ وتبرز عناصر أخرى تتفق وروح العصر .
فقد تخطت التعاريف الحالية عن :

- ١ - تعريف الصحة العقلية سلبيا كالقول بأنها حالة يكون فيها الفرد متحرراً من الاضطرابات الظاهرة . لأن الصحة العقلية لا تعنى خلو الفرد من المشاكل أو خلوه التام من الاضطراب النفسى بل إن الاضطراب النفسى فى رأى البعض قد يكون من علامات الصحة والعبرة هى بقدرة الفرد على مواجهة مشاكله
- ٢ - إن التوافق مع البيئة الذى كان يكون عنصراً هاماً فى التعاريف القديمة لم يعد مظهراً من مظاهر الصحة العقلية لأن البيئة نفسها قد تكون بيئة مريضة ومحاولة التوافق معها ليس من الصحة العقلية، والاستجابة الصحية لها هو محاولة تغييرها أى النضال ضد عوامل الفساد فيها وإلا كان الأنبياء والمصلحون الاجتماعيون والفلاسفة والمناضلون من ذوى المبادئ الثورية الذين يحاولون تغيير مجتمعاتهم ويقيمونها كما كان المجال ... بيئة العمل البيئة المحلية الوطن العلم فى عداد المرضى نفسياً من لا يتمتعون بالصحة العقلية.

٣ - بالتالى كانت التعاريف القديمة تبرز أهمية المرونة الاجتماعية والمهارات الاجتماعية التى تساعد الفرد على التوافق مع غيره من الناس . وان كانت التعاريف الحديثة تحتم ضرورة وجود علاقة مشبعة مع الغير كظهور من مظاهر الصحة العقلية مما نجده واضحا فى تعريف لجنة خبراء الصحة العقلية ، إلا أننا يجب أن نضع هنا تحفظا مماثلا لذلك الذى سقناه فى الحديث عن التلاؤم مع البيئة إذ ليس من مظاهر الصحة العقلية أن يكون الفرد قادرا على تكوين علاقات موفقة مع كل الناس ومع كل الأفراد مهما كانت نوعيتهم . إن الأساس هو أن يكتشف الفرد أولئك الأفراد أو تلك الجماعات التى يمكنه أن يشعر بالانتمائية اليهم وإليها ويكون مقبولا بينهم وبينها وقد يكون بحال هذه العلاقات الاسرة أو الاصدقاء - أو أفراد المهنة أو الطبقة أو أبناء الحزب تبعاً للجمالات التى يمكن أن يتحرك فيها الفرد .

أما ما تبرزه التعاريف الحالية فهو :

١ - أنها حالة تتأثر بالعوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية وتبعاً لذلك فهى ليست حالة ستاتيكية ثابتة ولكنها حالة تتعرض للتغير والتذبذب فى درجتها لأنه لا يوجد كما ذكرنا الفرد الذى يخلو من المشاكل التى لا بد أن تؤدى الى إختلال توازنه وتوافقه مؤقتا . ولا يعنى هذا أنه لا يتمتع بالصحة العقلية .

٢ - تؤكد التعاريف الحالية أن التوافق الداخلى للفرد هو المعيار الذى يمكن به الحكم على سلامة صحته النفسية . فالمهم هو قدرة الفرد على التطلع فى داخل نفسه للبحث عن القيم والقواعد التى يمكن أن يعيش فيها بانفصالية واستقلال وطابع للحكم الذاتى بصرف النظر عما يعتبر نجاحا أو فشلا من وجهة نظر الآخرين ومهما بدا الفرد غير معقول فى نظرهم .

٣ - كما تؤكد ضرورة وجود علاقات مشبعة مع الغير والاسهام معهم في القيام بعمل بناء لتغيير المجتمع . وإن كنا نثير تساؤلا هنا حول المقصود بالعمل البناء ... فالاشتراكي الثوري في المجتمع الرأسمالي يقوم من وجهة نظر عقيدته السياسية بالعمل البناء بينما يعتبر في إطار المجتمع الذي يعيش فيه مخربا وفوضويا والعكس بالعكس . وفي رأي أن العمل البناء هو الذي يتجلى في قدرة الإنسان على الإنتاج - كما يتجلى في قدرته على أن يشارك غيره لتحقيق الإنسان لأدميته للتحرر من الخوف والعبودية والقهر في كل الصور - ليجد حريته في حرية الآخرين .

٤ - ضرورة الإشباع للدوافع بما لا يضر بذات الفرد أو ذوات الآخرين مع تعدد مصادر الإشباع .

٥ - وأخيرا تأكيد القدرة على اتخاذ القرارات وتقبل تبعاتها وعدم تجنب عواقب السلوك الذي يقوم به الفرد سواء أكان هذا السلوك خارجا على قواعد الضبط أو خاضعا لها .

٢ - الشذوذ والانحراف :

من الألفاظ المتداولة في قاموس المصطلحات الطب نفسية الشذوذ والانحراف . ومعنى الشذوذ في اللغة هو كما جاء في المنجد من الفعل شذ شذا وشذوذا على الجمهور أو الجماعة : ندرعتهم وانفرد . والقول خالف القياس وشذ عن الأصول : خالفها ، فهو شاذ والجمع شذاذ وشواذ . والشذاذ من الناس : الذين يكونون في القوم وليسوا من قبائلهم - القلال . ومنه وجاءوا شذاذا ، أى قللا .

أما الانحراف فن حرف عن الشيء . مال . وتحرف عنه وانحرف وأحرورف : مال وتدل إلى حرف . والحرف هو من كل شيء طرفه وشفيره وحده وجانبه .

والمعنى اللغوي كما يقين لا يحمل المعاني السلبية التي حملت لها تين اللفظتين فجعلتهما من الألفاظ المشحونة . فالمعاني التي ترد إلى الذهن عند قولنا ، فلان شاذ أو منحرف ، منها أنه غير عادي ، وغير سوى ، أو مجنون ، أو غير متكيف ، أو مخرب ، أو مجرم فأصبحنا نلصق الانحراف بالأحداث وندخل في ذلك كل سلوك يعاقب عليه القانون ، وبالكبار وبالشبَاب لتعني بذلك الضلال أو الجريمة أو الجنون .

لقد تعددت الآراء التي تحاول تحديد معنى الشذوذ أو الانحراف للاستعمال العلمي .

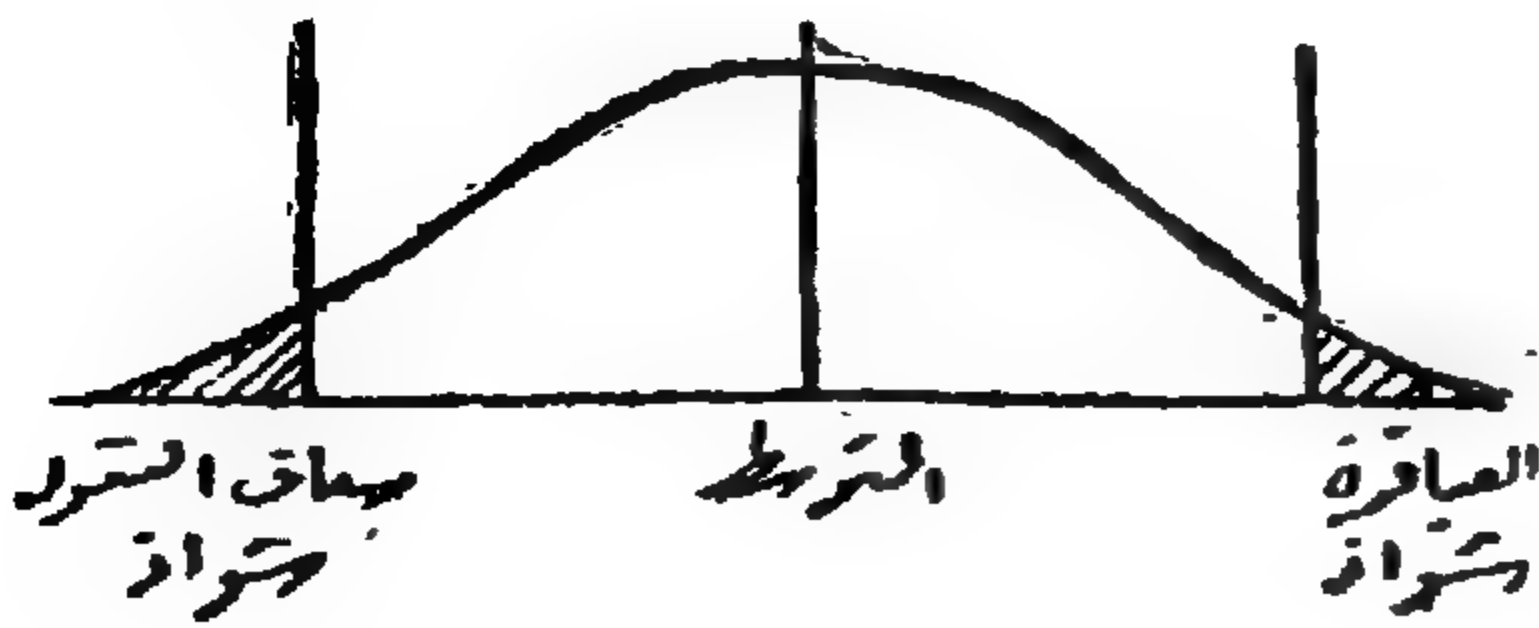
فالثالينيون يعرفون الشذوذ بأنه الانحراف عن المثل الأعلى أو الكمال، والمعياريون عندهم هو مدى إقتراب الفرد أو إبتعاده عن الكمال ، والشخص العادي هو الكامل في كل شيء ، إلا أن صفة الكمال لا تتوافر إلا في أقلية قليلة جدا من الناس ، بل نادرا إن لم يكن مستحيلا أن نجد فردا في مجتمعنا أو في أي مجتمع آخر تتوفر فيه هذه الصفة . وتبعاً لهذا الرأي يكون السويون أقلية نادرة ، بينما تكون الغالبية شاذة بحكم ضرورة إنحرافها عن المستوى المثالي . إن هذه النظرية تستمد أصولها من الأديان المختلفة، ومعاييرها غير واقعية ومطلقة، ونظراً لأنها تطلق أحكاماً خلقية على الكاملين وغير الكاملين أطلق عليها اسم النظرية القيمية The valuational theory.

وهناك نظرية استمدت أصولها من علم الطب يعرف الشذوذ فيها بأنه حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه أو على المجتمع ، والشذوذ أو الانحراف هنا يتطلب التدخل لحماية الفرد أو حماية المجتمع منه . إن المجتمع يعزل المرضى بأمراض معدية لحمايتهم وحماية المجتمع من إنتشار العدوى . وبالقيااس يعزل الشاذ أو المنحرف الذي يكون في شذوذه أو إنحرافه خطر عليه أو على المجتمع . ونحن نتقبل هذه

النظرية جزئيا إلا أننا يجب أن نشير إلى أن هناك من ينحرفون وليس في انحرافهم أو في شدوذهم ضرر على الفرد أو على المجتمع مثل بعض العصاة الذين يعانون من مرض الخوف من التلوث فيفسلون أيديهم كلما صافحوا أحدا أو لمسوا شيئا، فهؤلاء لا يعتبرون مرضى تبعا لهذه النظرية بالرغم من حاجتهم إلى المساعدة والعلاج . وطبقا لهذه النظرية يكون الشواذ أقلية قليلة والعاديون هم الغالبية، ويدخل في عددهم عدد كبير من المرضى غير الخطرين .

أما النظرية الإحصائية فالانحراف فيها يقاس بمدى البعد أو القرب عن المتوسط أو الشائع . ويمثل الشواذ فيها الأقلية التي تنحرف بمدى واسع عن هذا المتوسط وهذا الشائع . وتبعا لهذه النظرية تعتبر الأقلية الشاذة في النظرية المرضية شاذة أيضا بحكم انحرافها عن الغالبية ، بينما تصبح الأقلية التي تعتبر عادية في النظرية القيمية شاذة بحكم انحرافها عن المتوسط ، والغالبية التي كانت تعتبر شاذة تبعا لها تكون عادية . وبما أن الشواذ في هذه النظرية يمثلون طرفي التوزيع في منحني إعتدالي فإنه يدخل في عداد الشواذ وغير العاديين - في عامل كالداء - كل من العباقرة والمعتوهين بحكم انحراف كل من الفئتين انحرافا بعيد المدى عن المتوسط أو الشائع (أنظر الرسم)

وهذه النظرية بحكم موضوعيتها لا تصدر أحكاما قيمية عن الشذوذ ، فلا تنظر



إلى ما هو محبوب وما هو

مكروه ، وما يجب أن يكون

وما يجب ألا يكون (كغيرها

من النظريات) ، كما أنها تعطى

أهمية للتدرج والنسبية في الدرجة

ويكاد الشذوذ فيها يطابق المعنى

اللغوي لهذا المصطلح .

وأدت الدراسات التي قام بها علماء الاجتماع وعلماء الأنتروبولوجيا إلى سيادة نظرية تتفق والنظرية الإحصائية هي النظرية الثقافية The cultural theory . ومعيار الشذوذ في هذه النظرية هو مدى الانحراف عن الشائع في ثقافة من الثقافات . وهي إلى جانب أنها إحصائية إلا أنها تضيف عامل الثقافة والنسبية . وتقوم هذه النظرية على ما يأتي :

١ - أن بعض أنواع السلوك قد يعتبر شاذاً في ثقافة معينة إلا أنه يعتبر عادياً في ثقافة أخرى والعكس صحيح .

٢ - أن هناك أنواعاً من الشذوذ قد توجد في ثقافة معينة بينما تنعدم في ثقافة أخرى .

وقد انتقدت هذه النظرية هي والنظرية الإحصائية انتقاداً مرعياً على الأسس التالية :-

١ - أن هناك من الأمراض أي الانحرافات أو الشذوذ ما يعتبر انحرافاً أو شذوذاً في أي ثقافة مهما كانت نظرة الثقافة إلى من يعانون من هذا الانحراف أو الشذوذ فالمعتوهون والبلهاء سيكونون معتوهين وبلهاء في أي ثقافة، وسيعجزون عن الإسهام في ثقافتهم ، كما أن اضطراب السلوك وفقدان الذاكرة المباشرة مما يتبع إلتصال الفصين الأماميين للبحر يجعل من أولئك الذين يعانون من هذا القصور في الجهاز العصبي المركزي مختلفين عن غيرهم من الناس في أي ثقافة ولن يكون لهم إسهام يذكر في أحلام جماعتهم وآمالها . فالأمراض التي يكون الإحساس فيها عضوياً واحدة في كل الثقافات .

٢ - أن الأمراض العقلية والاضطرابات النفسية الوظيفية واحدة كذلك في كل الثقافات وتشارك فيما بينها من ناحية وجود الصراع النفسي كعنصر أساسي في

المرض . (وجروكي ١٩٥٠ ، التبرجر ١٩٦٠ ، آشلي ١٩٦١) . فالمرضى
بذهان الاضطهاد (جنون الاضطهاد) على سبيل المثال موجود في كل الثقافات
وسلوكة محاولة منه لمجابهة الموقف الذي أدى به إلى الصراع حتى يتمكن من حل
هذا الصراع ، وسلوكه في هذه الحالة تلقائي وقائي أى أنه نابع من داخله نتيجة
للصراع لوقاية ذاته من الصراع نفسه . إن الشذوذ في الأمراض العقلية إذن
يقوم على الصراع النفسى . والسلوك الناتج عنه إنما هو سلوك يهدف إلى التكيف
وحل الصراع إلا أنه سلوك فاشل . وينحصر أثر الثقافة في مدى اختلافات
الثقافات من حيث تعقدها والمواقف المختلفة التي تؤدي إلى الصراع فيها ، وما قد
يبدو من اختلاف إنما يعود إلى أن التعبير عن المرض والصراع قد يختلف
طريقته من ثقافة إلى أخرى بحكم ما بين الثقافتين من اختلاف . إن العيب في
النظرية الثقافية الاحصائية أنها تأنفت إلى السلوك الظاهر دون التعمق في بيان
أسباب هذا السلوك . فهناك أنماط من السلوك تسود في بعض الثقافات وكأنها
أنماط مرضية بينما هي في الواقع أنماط سوية بحكم أنها لا تتضمن صراعا وأنها
من الأنماط المتعلقة .

٣ - إن المعيار الاحصائي يتضمن ميزانا متدرجا تقوم عناصره على الحكم على
وجود خاصية من الخواص بدرجة معينة إما بالزيادة أو بالنقص . وبهذا المعنى
يمكننا أن ننظر إلى الشذوذ الجنى والضعف العقلى على أنها انحراف عددى
عن مستوى معين يمثل المتوسط أو الشائع . وهناك من السمات ما تسمح طبيعيا
بقياسها بميزان متدرج من أعلى درجة إلى أقل درجة غير أن هناك من السمات
ما يستحيل معه ذلك مثل سمة الشعور بالاضطهاد مثلا إذ تنوع المعايير التي
يمكن أن تتخذ للحكم على ذلك ولا يوجد معيار يمكن أن يقال أن له الأرجحية
على المعايير الأخرى .

على أى حال إذا أبعدنا حالات السلوك التى تصدر عن مرض عضوى ووضعناها مستقلة تحت عنوان «سلوك غير عادى»، فإتنا يمكن أن نعرف الشذوذ «بأنه النزعة إلى إختيار نوع من ردود الافعال التى تمثل محاولة الهرب من موقف يودى إلى الصراع بدلا من مجابهته وحل المشكلة ، فالسلوك هنا يتضمن صراعا يبدو أنه لا شعورى . فالعادة السرية مثلا ليس فيها أى شذوذ إلا أنه فى بعض الحالات يمكن أن نقول بشذوذها وذلك فيما لو استعملت كحيلة هروبية. فالعملية نفسها ليست شاذة ، ولكن وظيفتها هى التى تحدد ما إذا كانت كذلك أم لا ويصدق هذا على كل أنواع السلوك ، (وجروكى Wegrocki ١٩٥٠) .

ويتميز هذا التعريف بأنه يعطى للصراع النفسى أهميته فى تحديد الشذوذ ، بالإضافة إلى الوظيفة التى يؤديها السلوك الناتج عنه فضلا عن أنه لا يتناقض مع التعاريف التى سقناها عن الصحة العقلية وأكدنا فيها أهمية التوافق الداخلى للفرد بصرف النظر من مظاهر السلوك الخارجى وإن بدا غير معقول للآخرين .

٣- التكيف adjustment :

تؤدى الدوافع إلى توجيه سلوك الإنسان نحو أهداف وأغراض أى أن كل سلوك له أسباب . وهذه الأسباب توجد فى الدوافع ومن هذه الدوافع ما هو فسيولوجى فى أصله كالحاجة إلى الطعام والحاجة إلى الماء ومنها ما هو مكتسب متعلم . والدوافع المكتسبة وإن كانت أصلا تقوم على دوافع فسيولوجية إلا أنها استقلت عنها وأصبحت لها قوتها الباقعة الخاصة بها، كما أن من الدوافع ما هو شعورى وما هو لا شعورى . وأهم الحاجات كلها حاجة الإنسان لتأكيد ذاته إذ تسير الدوافع الأخرى كلها فى خدمتها .

وتؤدى الحاجة need إلى استتارة الدافع drive . والدافع ما هو

إلا حالة توتر تؤدي إلى عدم استقرار الكائن الحي واختلال توازنه فيقوم بنشاط للتوصل إلى إشباع الحاجة والتخفيف من الدوافع لإعادة التوازن وإزالة التوتر. ومبدأ التوازن Homeostasis or equilibrium من مبادئ علم وظائف الأعضاء . ويقصد به أن الكائن الحي لديه الاستعداد لأن يحتفظ بحالة عضوية ثابتة متوازنة ، فإذا تغير هذا الإتزان حاول الجسد استعادته . فحرارة الإنسان العادية ثابتة في الجسد السليم عند درجة ٣٧°م ، ويحتفظ الجسم بدرجة حرارته حول هذا المعدل مهما اختلفت حرارة الجو من أعلى درجات الحرارة إلى أدنى درجات البرودة . وعملية حفظ التوازن الفسيولوجي هذه تتم آليا ، وينظمها الجسم بنفسه . فإذا دخل الجسم ميكروب مضر تكافقت الوظائف المختلفة على محاربة هذا الميكروب حتى يصبح الجسم سليما معافى . وقد استعار علماء النفس هذا المبدأ من علم وظائف الأعضاء وطبقوه على الكائن الحي في تفاعله مع بيئته ، فإذا اختل توازن الجسم بالحاجة إلى الطعام سعى الكائن الحي إلى الحصول على ما يمسك ريقه ويعيد توازنه وهكذا . ويختل توازن الفرد مع بيئته كلما اعترضته عقبات تحول دون إشباع حاجاته .

ولما كان الإنسان في عملية تفاعل مستمر مع بيئته المادية والاجتماعية ، وهذا التفاعل عملية ديناميكية ، فعمليات التكيف عمليات مستمرة ، وتوازن الإنسان دائما في حالة تذبذب بين الاتزان وعلم الاتزان . ويختلف الأفراد فيما بينهم في الأساليب التي يتبعونها لإشباع حاجاتهم للاحتفاظ بالتوازن والتوافق والتكيف النفسي ، لأن من طبيعة الحياة الحركة والتوتر ، والشخص الذي لا تدب فيه الحركة ولا يوجد في حالة توتر هو الشخص الميت فكأن التكيف بدون لفظة سليم وغير سليم يطلق على عملية ديناميكية مستمرة تبين تفاعل الفرد مع بيئته .

ويحدد ما إذا كان التكيف سليماً أو غير سليم تبعاً لمدى نجاح الأساليب التي يتبعها الفرد للوصول إلى حالة الاتزان النفسي . والأساليب التي يتبعها الفرد سواء كانت جيدة أو رديئة فهي مستمدة من مجتمعه ومن ثقافته وتعلمها عن طريق تلمذته الاجتماعية وفي إطار إجتماعي فرض عليه غير أن هناك من الأساليب ما تعضدها الثقافة ومنها ما تدبته مع أنها من إفرازها . وتختلف الثقافات فيما بينها في الأساليب المرغوبة والأساليب المكروهة . بل وتختلف الثقافات الفرعية في داخل الثقافة الواحدة فيما يمتدح من هذه الأساليب وما ينم ، كما تختلف فيما بينها في الضغوط والقيود التي تفرضها لمعاينة السلوك غير المرغوب فيه . وكثيراً ما نجد ثقافات تخلق حاجات جديدة في الفرد مع إفتقارها إلى سبل الإشباع ، بل من الثقافات ما يمتلئ بالمناقضات التي تخلق حتماً الصراعات .

وتخلق الحاجات غير المشبعة ، والضغوط التي تحدد سلوك الفرد لدى الفرد ما يسمى بالإحباط Frustration والصراع Conflict وحيث يتدخل توازن الفرد . وتنوع حيث أن الأساليب التي قد يلجأ إليها لحل صراعاته .

وتتلخص المعوقات التي تحول دون الفرد وإشباع حاجاته وبالتالي معاناته من الإحباط والصراع فيما يلي :

١ - إفتقار البيئة إلى وسائل إشباع الدوافع المادية والمعنوية ، وأقصى هذه الحالات وجود النظم والممارسات التي يشعر فيها الفرد بالإحباط أو الاستياء أو القهر فيعجز عن إشباع الحاجة لتحقيق ذاته .

٢ - إفتقار الكائن الحي نفسه إلى القدرة الحركية كما في حالات الأمراض المستعصية والأمهات .

٣ - وجود الصراع بين دوافع متعارضة لها نقطة الثقافة من تناقضات أو حسن مثل على ذلك الصراعات التي تصاحب شعور الفرد بعدم تحرر لقمة

عيشه التي يحتاجها وحاجته للتحرر من الخوف والعبودية .

٤ - تعنت المعايير الثقافية وجودها وعدم تطورها ومعارضتها للتجديد والتغيير ، فيبدو الطليعيون غير متكيفين في نظر الآخرين ، وتبدو أساليبهم غير مضبوطة ومناقضة لما هو متعارف عليه ومسلم به .

٥ - عدم فهم المرء لذاته وامكانياته، وعدم تقبله لنفسه، وتحديد مستويات للطموح أعلى أو أقل من قدراته الفعلية .

٦ - وجود عوامل لاشعورية تؤثر على سلوكه ولا يدركها .

ويجدر بنا أن نشير في هذا المقام إلى أن الأمراض النفسية والعقلية والسلوك المصاحب لها ما هي إلا أساليب من أساليب التكيف التجأ إليها الفرد لأنه لم يجد غيرها لإزالة التوتر وحل صراعاته ... وحكمتنا عليها بأنها أساليب مرضية وغير سليمة لأنها تفشل في حل الصراع وتحول دون تحقيق الفرد لذاته بالإنتاج كقوة منتجة. ويسبق الأساليب المرضية محاولات مضنية لتجربة وسائل أخرى للتكيف تنجح حيناً وتفشل أحياناً أخرى، منها ما يسمى بالعمليات العقلية اللاشعورية. وهذه العمليات أساليب ذاتية تلجأ إليها الذات أو الأنا للحفاظ على نفسها من الاندفاعات البدائية التي تقتحم سياج الأنا مقنعة مغلفة لهذه العمليات حتى تبدو مقبولة ، وتحافظ بذلك الأنا على الاحتفاظ بتوازنها .

ومن هذه العمليات :

التبرير rationalization : وهو محاولة لتفسير السلوك بأسباب منطقية حتى يبدو في صورة مقبولة ومعقولة . والفرد بالتبرير يخفي الدوافع الحقيقية لسلوكه الذي قد يكون فيها تحقير له أو امتحان لذاته مما قد يشعره بالعار والحجل وهو محاولة يخدع المرء فيها نفسه تدفعه الى ذلك دوافع لاشعورية . وهو في ذلك يختلف عن الكذب إذ أن الكذب عملية شعورية .

الكبت Repression : والكبت نوعان أحدهما الكبت الشعوري (القمع) suppression والآخر الكبت اللاشعوري reprssion . والكبت محاولة يبدلها الفرد لإبعاد رغبة لا تتفق وفكرته عن نفسه أو التقاليد الاجتماعية محاولاً نسيانها وقد تنسى . فإذا نسيت خرجت عن مجال الشعور ، وأصبحت مكبوتة في اللاشعور وظلت قوية في تأثيرها في سلوك الفرد والشعور المصاحب للقمع هو العار shame بينما الشعور المصاحب للكبت هو الشعور بالذنب guilt .

التكوص Regression : ويعرف التكوص بأنه ذلك التقهقر الذي يصيب الفرد في حالة الاحباط والفشل إلى مرحلة من مراحل النمو الأولى التي كان يشعر فيها بالطمأنينة والأمن على الرغم من أنه قد يكون تعدى هذه المرحلة retrogression . كما يعرف بأنه العودة إلى مرحلة من المراحل الأولى التي شعر فيها الفرد بالأمان ولكن على أنه العودة إلى حالة من حالات السلوك البدائي primitivism كاضطرار الرجل المتعلم المذهب إلى استعمال قبضته وقوته البدنية في عراك جسدي إذا ما أصيب بالاحباط .

الانسقاط projection : والانسقاط عملية لا شعورية يحمى الفرد فيها نفسه بالصاق عيوبه بالغير وبصورة مكبرة .

التقمص Identification : وهو عملية مناقضة لعملية الانسقاط إذ يمتص فيها الفرد الصفات المحببة إلى النفس التي يرجو أن تكون مكملة له من شخصية يحبها ويحاول أن يتخذها مثلاً يحتذى . ويتم ذلك بطريقة لا شعورية مما يؤدي إلى أن يأخذ الشخص عن هذا النموذج صفاته جميعاً السيئة منها والحسن .

أحلام اليقظة والتخيل Day-dreaming & Fantasy : كثيراً ما نفشل في تحقيق أهدافنا في عالم الواقع فنصاب بالاحباط فنلجأ إلى عالم الخيال فنحقق فيه ما نرغبه علينا ذهنيته . وتحدد التخيلات مجرى أحلام اليقظة بل والتفكير العادي .

ونما هو جدير بالذكرا أنه مما يؤخذ على غير المتخصصين من علم بعض
البراية يعلم النفس، بل وعلى كثير من المتخصصين في العلم أنهم ينظرون إلى هذه
العمليات على أنها عمليات مرضية، إلا أننا يجب أن نلاحظ أن هذه العمليات
من الأساليب والوسائل التي يتبعها كل فرد في عملية التكيف. إذ تؤدي وظيفة
صالح الأمن له حين يعز عليه إيجاد حل على لمشكلته وإليك بعض فوائدها.

١ - تسمح العمليات العقلية للفرد بالتكيف مؤقتا، وبذا تعطيه وقتا أطول
حتى يتمكن من تمييز كثير من جوانب المشكلة.

٢ - تسمح هذه العمليات للفرد بأن يجرب نفسه في أدوار جديدة، وتعلم
وسائل جديدة للتكيف. ففي إسقاطنا لعبونا على الغير مجال يسمح لنا بأن
نتحسس هذه العيوب فيه، وحينئذ قد نكشف كثيرا من عيابه، فنعدل من
حكمنا عليه، وبذا نكتسب خبرة في عدم التسرع في إصدار أحكامنا على الناس،
ويؤدي هذا إلى تعديلنا لأنفسنا.

٣ - يلجأ الإنسان في عملية التبرير إلى إيجاد أسباب منطقية يبرر بها سلوكه،
وقد يؤدي به هذا إلى أن يفتح أمامه مجال للتفكير السليم المبني على إدراك
العلاقة بين الأسباب والعمليات.

٤ - قد يؤدي سلوك معين مبني على عمليات لاشعورية إلى نتائج إيجابية،
فتؤدي بالفرد إلى النجاح في ميدان يؤكد ذاته، كالشخص الذي يتخذ الرياضة
أو الرسم كوسيلة لإغلاء الدافع الجنسي مثلا، فقد يكشف في نفسه مهارة في
أحد الميدانين تؤدي به إلى التفوق والظهور.

٥ - وفي مناقشة لاركسن (١٩٥٣) يقارن فيها بين الحكمة والتعصب يرى
أن عملية الإسقاط عملية هامة تلعب دورا هاما. فالشخص المتعصب الذي يني

قيمه على أسس واهية وانفعالات مرضية أدت به إلى إصدار أحكام جامدة على الناس أو على المبادئ ، يقوم بعملية يسقط فيها عيوبه على غيره ، وتساعده هذه العملية على الاحتفاظ بكيانه وإتزانه وتوافقته النفسى نسييا . بينما نجد أن الحكميم الذى تخلى عن التعصب ، وتخلّى عن عملية الإسقاط ، إذا كان لديه استعداد للعصاب ، فإنه لا يرى نقصا فى أحد غيره ، ولا يرى عيبا إلا فى نفسه ، فيصبح متعصبا ضد نفسه ، وقد يؤدي به الأمر إلى كراهية ذاته وربما إلى الانتحار . فكأن الإسقاط عملية ضرورية لبعض الافراد وإلا لاختل توافقهم النفسى .

إلا أن هذه العمليات لما أضرارها أيضا . فالفرد الذى يقيم منها دائما درعا لوقاية نفسه يمجز عن التعرف على طرق أحسن منها للتكيف . ولما كانت هذه العمليات تقوم على تشويه الواقع ، فقد يؤدي الأمر بالفرد الذى يعتمد عليها إلى أن يظل دائما بعيدا عن الواقع . وقد ينتهى به الأمر إلى الانهيار فيصبح مريضا نفسيا أو عقليا .

الفصل الرابع

المبادئ والأولويات في ميدان الصحة العقلية

منى انتشار الاضطرابات العقلية والنفسية :

هناك جدل بين العلماء حول ما إذا كانت نسبة الأمراض العقلية والنفسية تزداد زيادة مضطردة أو أن معدلها ثابت وخاصة في البلاد المتقدمة .

أما من يرون أن نسبتها في إزدیاد فيعززون ذلك إلى تعقد المدنية الحديثة من ناحية ، وإلى الجهل بالأسباب التي تؤدي إلى كثير من الأمراض من ناحية أخرى . أما من يرون أن النسبة عادية جداً ولا تتدل على زيادة في نسبة هذه الأمراض ، فإنهم يرجعون ما يبدو على أنه زيادة إلى :-

١- إن التقدم العلمي في ميدان الطب العقلي قد ساعد على التعرف على كثير من الأمراض التي لم تكن معروفة من قبل ، كما أن تحسن حالة المستشفيات العقلية قد ساعد على الإقبال عليها ، وهناك ما يدل على أن عدد المرضى يزداد كلما تحسن مستوى المستشفى واتسعت إمكانياته .

١ - ساعد إنتشار التعليم بين الأهالي على التخلي عن كثير من المخاوف التي كانت تساورهم فيما يختص بالأمراض العقلية والمار الذي يصاحبها ، فلم يعد أهل المريض يتخرجون من إرساله إلى المستشفى للعلاج .

٢ - إن تحسن طرق العلاج يساعد على إطالة مدة الإقامة بالمستشفى ، مما أدى إلى زيادة عدد المرضى بدخول المستجدين أثناء وجود المرضى الذين لم يتم شفاؤهم بعد .

٤ - من العوامل التي ساعدت على زيادة النسبة العددية في المرضى طول العمر ، إذ أصبح متوسط فترة الحياة المتوقعة في البلاد المتقدمة ما بين ٧٠ و ٨٠ ومعنى هذا أن عددا كبيرا قد يبلغون هذه السن وبالتالي يتعرض كثيرون منهم للإصابة بالأمراض العقلية التي يصاب بها الكهول .

على أى حال يكون المرض العقلي مشكلة خطيرة في البلاد المتقدمة . أما من ناحية الدول المتخلفة فإنه لا يمكن حسم هذه القضية لعدم وجود الإحصائيات عن مدى تواتر هذه الأمراض فيها حتى يمكن المقارنة . وقد صادفت لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية أثناء تخطيطها لبرامج الصحة العقلية هذه المشكلة إذ جاء في تقريرها الثالث (١٩٥٣) أن من الصعوبات التي تواجهها اللجنة لوضع توصياتها للمساعدة بالخدمات الطب نفسية أنه لا يوجد لديها معلومات دقيقة عن مدى انتشار الأمراض الطب نفسية ... وهناك من العاملين من حاولوا دراسة مدى تواتر هذه الأمراض في الدول المتخلفة إقتصاديا ، ولديهم انطباع قوى بأن الإضطرابات العقلية أقل انتشارا في بعض هذه البلاد . فمنهم من يقول مثلا أن نسبة تواتر الإضطرابات العقلية في بعض القبائل الأفريقية لا تصل إلى نسبة ١/١٠ من مدى تواترها في أوروبا الغربية وأمريكا . كما أن هناك من العاملين من يرى أن الاضطرابات العقلية التي تؤدي إليها الظروف البيئية تختلف اختلافا كبيرا من مكان إلى مكان بينما يوجد من الاضطرابات ما يتخذ صفة الاستمرار في نسبة التواتر في كل المجتمعات . يبدو أن الجميع يتفقون على أن الصورة الاكلينيكية للاضطرابات الطب نفسية وتشخيصها والتنبؤ بها يختلف اختلافا كبيرا من مجتمع لآخر . وليس هناك من شك في أن نسبة هذه الاضطرابات تصل في أوروبا وأمريكا إلى ما يؤدي إلى شغل ما يقرب من

٤٠ ٪ من المجموع الكلى للأسرة في المستشفيات مما يكون مشكلة كبرى .
وفي خطاب الرئيس كيندي رئيس الولايات المتحدة (١٩٦٣) تحدث فيه عن
الامراض العقلية والضعف العقلي ذكر أن هاتين المشكلتين في أمريكا لها حجمها
الخطير وأثرهما التراجيدي وذكر أنه يوجد حوالي ٨٠٠ ألف من هؤلاء المرضى
في مؤسسات الدولة منهم ٦٠٠ ألف من المرضى بأمراض عقلية ، و ٢٠٠ ألف
من يعانون من الضعف العقلي .

وفي إنجلترا بلغ عدد المقيمين في المستشفيات إلى قمته في سنة ١٩٥٤ إذ وصل
إلى ١٠٢٠٠٠ . وفي سنة ١٩٤٩ نقص هذا العدد بحوالي ٨٠٠٠ إلا أنه في
مقابل هذا النقص ازداد عدد المقبولين والعائدين (فريمان وفارنديل ١٩٥٧)

Freeman & Farndale

وقبل سنة ١٩٣٠ كانت نسبة مرض كمرض الفصام المزمن تسكاد تكون
ثابتة بالنسبة لعدد البالغين غير أن تغيير سياسة المستشفيات بتحديد عدد
المقيمين فيها واخراج أكبر عدد منهم بما أدى إلى زيادة نسبة المرض إلى الجمهور
العام . ومنذ عام ١٩٥٥ زاد استخدام العقاقير في العلاج فأصبحت مدة الإقامة
قصيرة غير أن عودة الكثيرين قد زادت ويتبأون بأنه بعد عام ١٩٧٠ سيزداد
عدد المرضى من يعتبر مرضهم مزمنًا (برايس وزملاؤه ١٩٦٦) Bryce at al
ولعلنا نتساءل في هذا المقام هل تغيرت الامراض في نوعيتها عالميا عما
كانت عليه في الماضي وهل تغيرت نوعية المرضى تبعاً للتغير الحضري ؟ لقد
قورنت سجلات ١٠٠٠ حالة من الذكور و ١٠٠٠ حالة من كانوا نزلاء في مستشفى
بيثلم Bethlem الملكي في الفترة من ١٨٤٣ - ١٨٦٤ بعينة مائة من نزلاء
المستشفى في الفترة من ١٩٥٠ - ١٩٦٥ (Elaf & Hamilton) كلاهما يميلون

(١٩٦١) فوجد أن سن دخول المستشفى ، ونسبة المتزوجين وغير المتزوجين ، والديانة ، ونسبة تواتر المرض في الأسرة ، ونسبة الشفاء تكاد تتشابه في المجموعتين والفرق بين أفراد العهدين هو في حدة المرض ، إذ فاق عدد الرجال من نزلاء القرن ١٩ قرناءهم المعاصرين في حدة المرض بمقدار الستة أضعاف بينما تفوق عدد النساء بمقدار التسعة أضعاف . وكانت مدة العلاج في الماضي مضاعفة . وكان أهم ما يشغل المرضى في القرن ١٩ هي الأمور الدينية وأهم ما يشغل مرضى القرن العشرين هي الأمور الجنسية . أما من كانوا مشغولين بالأمور الجنسية والدينية معا فقد زاد عددهم بين جمهور القرن التاسع عشر بما يعادل الثلاثة أضعاف من جمهور القرن العشرين .

ومن الدراسات التي أجريت والتي تجرى دراسات تحاول بيان مدى انتشار هذه الأمراض تبعاً للمستويات الاقتصادية والاجتماعية . وتبين نتائج بعض الدراسات إرتفاع نسبة الأمراض الطب نفسية بين الطبقات المحرومة .

ففي ألمانيا يذكر كايند Kind (١٩٦٥) أن المرضى بذهان الفصام مثلاً يأتون غالباً من الطبقات الدنيا ومن المهاجرين . ومن النرويج يذكر Odegaard (١٩٦١) بعد تحليله للاحصاء العام النرويجي فيما يخص بتوزيع الأمراض العقلية أن نفس هذا المرض أكثر تواتراً بين العزاب والمهاجرين وأصحاب الدخول المنخفضة أو أعمال غير المهرة . والنتائج مماثلة في الدراسات التي تمت في إنجلترا وأمريكا وإيطاليا والتي ستعرض لبعضها فيما بعد وهذه الدراسات كلها كما يتبين تمت في بلاد راسمالية حيث تبرز الطبقة وحيث يوجد من يعاني من الفاقة والحرمان . ويرر ووربز وورنز (١٩٦١) إرتفاع نسبة تواتر الأمراض الطب نفسية بين الطبقات المحرومة إلى ما يأتي : - أ - تعقيدات الحمل والولادة في ظروف

سيئة غالبا ما تؤدي إلى تلف في القشرة المخية . ب - نقص التغذية والعدوى بالأمراض المعدية والحوادث مما يتعرض له أطفال المحرومين مما يؤدي إلى اضطرابات عضوية ونفسية . ج - الحرمان من التعليم والحرمان من كثير من الإمتيازات الإجتماعية .

التسهيلات العلاجية :

أشارت لجنة خبراء الصحة العقلية في تقريرها الاول (١٩٥٠) إلى البون الشاسع في مستوى ومجال التسهيلات العلاجية لكل أنماط الاضطرابات النفسية في البلاد المختلفة . ففي الولايات المتحدة حيث كان يصل التعداد في ذلك الوقت إلى حوالي ١٦٠ مليوناً كان يوجد لديها ما يزيد على الـ ٥٠٠٠ طبيباً للأمراض العقلية وكان لديها حوالي ٧٠٠,٠٠٠ سريراً للرضى بأمراض طب نفسية . هذا بينما كانت الهند التي كان تعدادها في ذلك الوقت يصل إلى حوالي ٣٥٠ مليون نسمة لا يوجد بها سوى ٨٠ طبيباً لهذه الأمراض و ٢٠,٠٠٠ سريراً فقط ، وكان تعداد الصين ٤٥٠ مليون نسمة ، وكان عدد الأطباء لا يزيد على العشرة ، ولم يكن بها سوى ٢٠٠٠ سريراً فقط .

ولاحظت اللجنة أن التسهيلات العلاجية لم تكن ميسرة لعلاج كل الحالات التي تعاني من اضطرابات نفسية في البلاد المتقدمة نفسها . واقترحت ضرورة وجود طبيب لكل ٢٠,٠٠٠ نسمة واعتبرت هذا أملاً بعيداً من الصعب تحقيقه في الدول المختلفة .

وأوصت في تقريرها الثالث (١٩٥٣) أنه يجب أن يكون في البلاد المتقدمة سرير لكل ١٠٠٠ نسمة ، أما في البلاد الأفريقية الإستوائية فيكفي سرير واحد لكل ١٠,٠٠٠ نسمة وذكرت أن أي مجتمع يعجز عن تقديم خدماته إذا لم

يتوفر ذلك . ولا يعنى ذلك أن الإستمرار فى زيادة الأسرة هو العلاج لهذه المشكله . إن الإهتمام يجب أن ينصب على الوقاية والتسهيلات العلاجية خارج جدران المستشفى .

وتقوم فى الواقع برامج الصحة العقلية لمنظمة الصحة العالمية على الإهتمام بالوقاية . وقد اهتمت فى أول تقرير لها (١٩٥٠) الدول المتقدمة بأنها تعتبر نموذجاً سائداً فى هذه الناحية . إذ كثيراً ما توجد فى هذه البلاد تسهيلات علاجية متقدمة مع إختفاء البرامج المخططه للوقاية به إذ أن معظم الخطوات الوقائية تتم على مستوى التطوع من بعض المهتمين بذلك والمشغولين فى نفس الوقت بالعلاج . ولا يمكن تنفيذ برنامج بعاملين يعملون بعض الوقت وغير متفرغين .

على أى حال فى تقويمها لما حقق من توصياتها فى الفترة ما بين سنة ١٩٤٩ - سنة ١٩٦٠ فى التقرير العاشر (١٩٦١) لاحظت اللجنة أن كثيراً من الدول حاولت الوصول إلى المستوى الذى كانت اللجنة قد أوصت به فيما سوف نفصله فيما يلى :

برامج الوقاية كما أوصت بها منظمة الصحة العالمية :

فى ضوء ما وجدته لجنة الصحة العقلية من وجود البون الشاسع فى مستوى ومجال التسهيلات العلاجية فى البلاد المختلفة وفى ضوء ما لاحظته من أن هذه التسهيلات فى البلاد المتقدمة نفسها لاتكفى لعلاج كل الحالات التى تعاني من إضطرابات نفسية ، فإن اللجنة رأت أن تخطط للساعات التى يمكن ان تقدمها للدول الاعضاء على أساس مبدأين أولهما الإهتمام بالوقاية، وثانيهما تركيز الإهتمام على الطب العقلى الوقائى والعلاجى للطفولة لأن المهارة فى علاج الإضطرابات النفسية البسيطة فى الطفولة لها أثرها الوقائى ، كما أن تطبيق الخطوات الوقائية للصحة العقلية لها أثرها الكبير فى مرحلة الطفولة .

ونلخص توصياتها التي راعت تطبيقها ومتابعتها في العشرين سنة الماضية
فيما يلي :-

١ - الاهتمام بالوقاية مع تركيز الاهتمام على الطب العقلي الوقائي والعلاجي
للطفولة .

٢ - على هيئات الصحة العامة أن تولي اهتمامها للصحة العقلية كما تهتم بالصحة
الجسدية وذلك بأن تعمل على أن تقوم بتدريب كل العاملين في ميدان الصحة
العامة وتزويدهم بمعلومات في الصحة العقلية ، وإعداد الإخصائيين للعمل في
هذا الميدان .

٣ - تطوير الطرق التي ثبت نجاحها في الدول المتقدمة لإستخدامها في الدول
الأخرى بعد ملاءمتها للظروف المحلية وحاجتها .

٤ - إرساء قواعد التسهيلات العلاجية للضعف العقلي في كل البلاد .

٥ - إنشاء قسم للوقاية من الأمراض العقلية والنفسية في وزارات الصحة
في البلاد المختلفة .

٦ - إنشاء مركز للصحة العقلية في كل دولة للدراسات العليا في هذا الميدان .

٧ - إعادة النظر في برامج تدريب الأطباء حتى تتضمن معرفة النمو النفسي
السليم ومصدر الاضطرابات .

٨ - الاهتمام برفع مستوى التريض واعداد الممرضات المتخصصة للعمل
مع هذا النوع من المرضى .

٩ - مد الحكومات بالمطبوعات والمنشورات التي تتضمن أحدث البيانات
والإحصائيات والتكثيفات والطرق والبحوث العلمية .

١٠ - الاهتمام بتعليم الجمهور وتوعيته من ناحية الأمراض العقلية النفسية

لتغيير اتجاهاته نحو المصابين بهذه الامراض ، والتعاون في ذلك مع هيئة اليونسكو وخاصة القسم المسئول عن العناية الجماهيرية .

١١ - الاهتمام بجمع المعلومات والخدمات الارشادية .

١٢ - الاهتمام بالبحث العلمى على أن تناول البحوث العوامل التالية .

أ - العوامل البيولوجية والنفسية والثقافية التى تؤثر فى تكوين الشخصية .

ب - العلاقة بين تكوين الشخصية وأنماط تكوين الجماعة وسلوكها

والعلاقات فيها .

ج - أثر تغير أنماط الثقافة على الصحة العقلية .

د - المدى الذى تتأثر فيه العمليات النفس جسمية بالظروف الاقتصادية

والاجتماعية والثقافية وبالحضائش الفردية وتكوين الشخصية .

هـ - العلاقة بين الاضطرابات النفسية من ناحية والنفس الغدائى

والاضطرابات الكيميائية الحيوية من ناحية أخرى .

و - أسباب الامراض العقلية وعلاجها .

١٣ - توجيه العناية إلى رعاية الامومة والطفولة ، وادمان الخمر والمخدرات ،

والامراض التناسلية الخبيثة .

١٤ - واخيرا التعاون مع الهيئات العمالية والاخرى التى يسهم نشاطها فى

تحقيق هذه الاهداف كنظمة العمال ، ومنظمة الطفولة ، واليونسكو وما إليها .

وكذلك التعاون مع الهيئات الاهلية ذات النشاط فى الميدان .

٥. صيانة الصحة العقلية - Mental Hygiene

يستخدم مصطلح صيانة الصحة العقلية ليدل على العلاج الطب نفس المبكر

حتى يتجنب المريض الوصمة التى تلحق به حين يقال أن لديه مرضا عقليا .

غير أن لجنة خبراء الصحة العقلية في تقريرها الثاني (١٩٥٩) الذي خصصته لهذا المجال استخدمته بمعناه الحرفي كما يستعمل في ميدان الصحة العامة ، ويعني أوجه النشاط والتكتيكات التي تساعد وتحافظ على الصحة العقلية . وفصلت أوجه النشاط المختلفة التي تدخل في هذا الميدان في الخدمات التي يمكن أن تقدم للامهات الحوامل ، وللرضيع وطفل ما قبل المدرسة ، وللطفل في الأيام الأولى في المدرسة والتي تمثل مرحلة إنفصاله عن المنزل ، والصحة المدرسية ، وما يتعرض له الأطفال في المدرسة من أمراض معدية ، كما أشارت إلى الرعاية التي يحتاجها الطفل المعوق ، والمسنون .

ومن أوجه النشاط التي تدخل في هذا الميدان أيضا تثقيف الجماهير والسبل التي يمكن إتخاذها لتحقيق ذلك ، كما أشارت إلى ضرورة القيام بالدراسات المسحية التي تبين توزيع هذه الأمراض والحالات التي تعالج منها والتي لم تعالج ، وإدارة الصحة العامة والتدريب .

وبما يدخل في هذا المجال أيضا العيادات الخارجية للكبار والأطفال ، والعلاج النفسي ، وشبكة الصرع ، ومشكلة إدمان الخمر ، وعيادات طول اليوم : وسنتناول هذه النواحي بالتفصيل في حينه .

الاتجاهات الحالية في ضوء توصيات منظمة الصحة العالمية :

١ - ضبط العوامل البيئية.

يلاحظ أن الدول المتقدمة ، وكثيرا من الدول النامية وخاصة تلك التي اتخذت الاشتراكية كأسلوب لتطوير حياتها تعطي أهمية كبرى للعوامل البيئية وخاصة العوامل الاجتماعية التي أصبحت تحتل مكانا هاما في أسباب الأمراض العقلية . لهذا تولى هذه الحكومات عناية للحياة اليومية للواطن وظروف

العمل ، فتسمى جاهدة للقضاء على البطالة و إتاحة فرص العمل للواطنين كل حسب قدراته واستعداداته ، وضمان المستقبل له عما يعتبر ضروريا للحفاظ على الاستقرار النفسى عما يعتبر شرطا هاما من شروط الصحة العقلية . وتبذل في نفس الوقت جهودها لتحسين ظروف العمل بتوفير متطلبات الأمن الاجتماعى والجسمانى ، وتوفير السكن الصالح الذى يتوفر فيه الشروط الصحية للعاملين . وليس أدل على أثر التحكم فى الظروف البيئية من أن مرضا كمرض الزهايمر الدورى قد انخفض معدله فى روسيا بنسبة ٩٠ ٪ عن ذى قبل .

٢ - الاهتمام بالصحة الجسمانية :

لما كان العقل السليم فى الجسم السليم تولى الحكومات وخاصة الاشتراكية رعاية خاصة للصحة الجسمانية للواطنين لتقوية مقاومتهم للأمراض ، ويأتى فى المقام الأول محاولة رفع مستوى المعيشة للعاملين الذى يقوم على اتوسع فى التصنيع وزيادة الإنتاج الذى يعود عائدته على العاملين فى شكل خدمات ترفع من مستوى معيشتهم وتحسين مستواهم المادى وهذا نتيجة حتمية للارتفاع المضطرد للهايا والأجور وتقليل ساعات العمل اليومية ، ولعل أهم ما تقوم به الهيئات الصحية فى الدول حاليا محاولة ضبط انتشار الأمراض المعدية كالزهرى والملاريا والتيفوس . بل أن بعضها يكاد يكون قد اختفى تماما من كثير من الدول . وقد أدى التحكم فى مثل هذه الأمراض إلى انخفاض فى معدل كثير من الاضطرابات واصابات الجهاز العصبى التى كانت تؤدى إليها مثل هذه الأمراض .

٣ - الاهتمام برفع المستوى الثقافى للمواطنين :

ومن أهم المشكلات التى تواجهها الدول النامية خاصة مشكلة نحو الأمية وإتاحة فرص التعليم لجميع المواطنين ، ورفع سن الإلزام ، وتطوير نظم التعاليم فيها لاعداد

العمال المهرة ، والمزج بين اكتساب المواطن للهارات الفكرية والجنسية التي تتفق والتطور المعاصر في العلوم والتكنولوجيا حتى يتم الانسجام بين مكونات شخصية الفرد . وتولى الحكومات إهتماما بالمواطنين في جميع فئات العمل مما يتطلب تعاون الهيئات الطبية والتربوية . إذ تسعى إلى الإهتمام بمراكز رعاية الطفولة ، وبدور الحضانة ، وبمراحل التعليم المختلفة حتى المستوى الجامعي والفني وكل هذا يساعد على غرس الاتجاهات السليمة نحو الحياة .

ولما كان إرتفاع مستوى الصحة العامة يؤدي إلى زيادة العمر ، فقد تولد حديثا في الدول النامية إهتمام خاص بالمسنين . وهذه المشكلة تعاني منها الدول الرأسمالية بيد أن الدول الاشتراكية بضمانها لمستقبل العاملين توفر المعاش الثابت لهم وتنفذ في إيجاد الطرق التي يتمكنون بها من إستمرار نشاطهم في الحياة العامة .

٤ - رعاية الامهات الحوامل :

لعل أقصى رعاية تجدها الامهات الحوامل لا تتوفر إلا في المجتمعات الاشتراكية لان الخدمات التي تقدم لمن عادة تكون مجانية وتحميها الدولة . وتنشأ المراكز تبعاً للكثافة السكانية حتى تجد كل أم الرعاية المطلوبة . ولما كانت الامهات العاملات من التزوة البشرية التي تسهم في هذه المجتمعات في تطويرها وتسميتها ، فانهم يحزن على إمتيازات من ناعية أجازات الوضع مع إستمرار الاجر كاملا وتصل في روسيا إلى ١١٢ يوما بالإضافة إلى الرعاية الطبية الكاملة أثناء الحمل حتى يتم الحمل والوضع في ظروف طبيعية فلا تصاب الام أو الطفل بأي إصابات يكون لها خطرها في المستقبل . وتستمر الرعاية للطفل بعد الولادة مما يؤدي إلى التقليل من نسبة الوفيات بين الاطفال ، وكان هذا ولا يزال محنة تعاني منها بعض الدول وخاصة النامية .

٥ - التربية الصحية :

لا شك أن التربية الصحية أهميتها في رفع مستوى الصحة العامة وفي تزويد المواطنين بالمعلومات الطبية وتسهم في هذه العملية أجهزة الاعلام المختلفة ، ووزارات الصحة بأقسامها المختلفة المسؤولة عن العناية الصحية ، والمراكز والمستشفيات التي تعتبر التربية الصحية ونشرها بين الجماهير من أهم وظائفها، وتشترك الهيئات التربوية والمؤسسات الثقافية مع الهيئات الطبية في نشر وعي عن تربية الأطفال، وقواعد الصحة في الحياة اليومية، والوقاية من الأمراض وعلاجها وما إلى ذلك .

٦ - للمستشفيات :

هناك إهتمام خاص يوجه حاليا لرفع مستوى الخدمة والعلاج في مستشفيات الأمراض العقلية ، وزيادة عدد الأسرة للمرضى . ويتوقف رفع مستوى الخدمة والعلاج على وجود الطبيب المؤهل والمرضة المتخصصة ، والتعاون بين العاملين في الميدان . ورفع مستوى التمريض هو المحور الأساسي في نجاح العلاج أو فشله لأن مسؤوليات الممرضة كبيرة ومتنوعة بالإضافة إلى أنها للمساعدة الأولى للطبيب، فلها وظائفها المستقلة والمهمة .

كما أن هناك اتجاها واضحا نحو الإكثار من العيادات الخارجية والمستشفيات النهارية التي يبقى فيها المريض طيلة اليوم ليعود في الليل إلى أسرته حتى لا تكون الإقامة الكاملة إلا للحالات المرضية التي يمكنها الإفادة من مثل هذه الإقامة .

٧ - النشاط العمل :

يوجه الإهتمام حاليا إلى البرامج التي يمكن أن تقوم بها الوحدات المحلية

بيئاتها المختلفة لتعزيد المواطنين وإستغلال الإمكانيات المحلية لوقاية وصيانة الصحة العقلية . وقد ثبت أن نجاح البيئات المحلية في برامجها التي تخططها للصحة العقلية يتوقف على :- أ - قيادة مجالس الرعاية المحلية في تفسير البرامج في المجتمع وخاصة المنظمات السياسية . ب - الشعور بالكبرياء المحلي مع مرونة الحدود الفاصلة بين كل بيئة وأخرى . ج - إستخدام القيادات السابقة القائمة في المجتمع .

وفي سنة ١٩٦٥ عقد مؤتمر في بوسطن لمناقشة تدريب الاختصاصيين للعمل في مجالات الصحة العقلية في البيئات المحلية . وقد عاقى بنيت Bennet (١٩٦٥) على هذا المؤتمر بقوله : تتحول الصحة العقلية الآن من الإهتمام بعلاج المرضى وتحسين حالة المريض إلى العمل الوقائي على مستوى البيئة المحلية ... وعلينا تبعا لذلك أن نهتم بما يمكن أن نسميه علم نفس البيئة . وهذا العلم يزيد عن مجرد أنه وليد لعلم النفس الاكلينيكي... لأنه يعتمد على كل مجالات المعرفة النفسية ويتفاعل معها مع الإهتمام بإسهامات علم النفس الاجتماعي ، وديناميكيات الجماعة ، ومراحل النمو .

٨ - الطب العقل الاجتماعي :

لقد بدأ إستخدام هذا المصطلح حديثا وبمعان متعددة غير أن لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية في تقريرها السابع الذي خصصته لهذا الموضوع (١٩٥٩) إستخدمته للإشارة إلى الطرق الوقائية والعلاجية التي تتجه نحو توفير الفرد لحياة مشبعة ومفيدة من ناحية يبنته الاجتماعية والوصول إلى هذا الهدف ، يحاول إخصائي الطب العقلي الاجتماعي أن يهيء للمريض عقليا أو لأولئك الذين في خطر من أن يصبحوا كذلك فرصا للاتصال بالمجتمع تهيء للحفاظ على الكفاءة الاجتماعية أو إعادتها للمريض .

وفي هذا التعريف يوجد مضمونان أساسيان أولهما : أن المريض عقليا يمكن أن يتوافق في بيئة إجتماعية معقدة ، وثانيها : أن تهيئة الظروف المناسبة للاتصالات الاجتماعية المناسبة مفيد في الوقاية من الأمراض العقلية .

ويجدر بنا إذا عدنا إلى الفصلين الأولين الذين استعرضنا فيها تطور الفكر من ناحية الأمراض العقلية نجد أن العلاج الخلقى ، كما نادى به بينل ومعاصروه كان يقوم على هذين المضمونين . كما ينطبق على ما نادى به كونوللى Conolly في إنجلترا ، ودوروثياديكس في الولايات المتحدة .

وفي هذا المجال تجدر الإشارة إلى العلاج المهني مما نادى به كثير من أطباء الأمراض العقلية وليس الغرض منه هو الوصول إلى قمة الإنتاج أو شغل المريض ولكن الغرض هو إيجاد فرصة له للاحتكاك الاجتماعى لتنمية شخصيته . وقد استخدم العلاج المهني كوسيلة لإخراج المرضى خارج الجدران لإنشاء علاقات مع المجتمع وكتمهيد للعودة إلى البيئة الطبيعية .

وفي مقال كتبه كيسين وكارميل Kissin & Carmichael (١٩٦٠) ينصب على تأهيل من سبق لهم دخول المستشفيات . ويعطيان أهمية لخدمات مرحلة الانتقال بين البيئة العلاجية والعودة إلى المجتمع ويؤكدان أهمية وجود بيوت وسيطة ، ومحلات للعمل تتوفر فيها الحماية ، وأندية إجتماعية وغيرها من الأنشطة التى تمهد للمريض عودته وتزوده بخبرات مشبعة حتى يتمكن من عودة التعرف على البيئة ، وعودة البيئة إلى التعرف عليه .

ويتناول اندرسون وكيونس Anderson & Kunc (١٩٦٢) هذا الموضوع بقولهم : إن من المصاعب الهامة التى تؤدى إلى خلق المصاعب فى عملية التحول من حياة المستشفى إلى البيئة الخارجية طول مدة الإقامة فى مكان معزول،

وفي بيئة تفرض فيها الحماية على المريض هي بيئة المستشفى مما يؤدي إلى التقليل من المهارات التي يتطلبها التفاعل مع البيئة السوية بل فقدانها . ويمكن مساعدة المريض باستخدام كثير من التكنيكات المتنوعة مثل ، الإرشاد ، وزيادة تحمل المسؤولية في بيئة المؤسسة ، ووجود المنازل الوسيطة ، وتدريب المرضى خارج المستشفيات . وبهذا يمكن إعدادهم لمواجهة مسؤوليات الحياة في الخارج مع استخدام الارشاد التعضيدي وخدمات الارشاد عامة في مرحلة الانتقال ،

٩ - الخدمة الاجتماعية الطب عقلية :

هذا ميدان من ميادين التخصص في الخدمة الاجتماعية حيث يعمل الاختصاصي الاجتماعي في المؤسسات والمستشفيات التي ترعى هذا النوع من الحالات . ويكتسب الاختصاصيون الاجتماعيون الذين يعملون في هذه المؤسسات خبرتهم العملية تحت الاشراف الفني بالعمل في الميدان . وهم في ذلك كالمرضات والاطباء الذين يعملون في نفس الميدان والذين يكتسبون خبرتهم رغم تأهيلهم بالعمل تحت الاشراف في هذه المؤسسات .

والتكنيك الذي يجيده الاختصاصي هو دراسة الحالة ، والتي تعرف من وجهة نظر الخدمة الاجتماعية بأنها الطريقة المهنية التي يمكن بها مساعدة الناس بهدف استغلال قدرات الفرد وإمكانياته في بيئته للتوصل إلى تكيف أحسن . ويتضمن هذا التكنيك مقابلة العملاء سواء في المكتب أو في المنزل (منازل العملاء) ومقابلة أهلهم وذوهم للحصول على أقصى ما يمكن من المعلومات عن المريض وبيئته بما قد يساعد في علاجه وإعادةه إلى المجتمع . كما تتضمن متابعة المريض بعد شفاؤه لمساعدته على بلوغ أقصى درجة من المواءمة والتكيف .

وعلى الرغم من أن الخدمة الاجتماعية ولدت في المجتمعات الرأسمالية كعمل

خيرى يهدف إلى إعطاء المساعدات المادية للحيثاجين ، فإن المساعدة المادية لا تحتل حالياً في هذا الميدان إلا مركزاً ثانوياً اللهم إلا في الهيئات الحكومية التي يقتصر تخصصها على ذلك

والخلاصة أن الاختصاصي الاجتماعي رجل مهني مدرب على فن المقابلة ولديه معرفة عن العلاقات الأسرية وديناميكياتها ، والنظم الاجتماعية السائدة في المجتمع مما يؤهله لمساعدة من هم في حاجة إلى المساعدة لمساعدة أنفسهم وذوهم .

وقد يكون تعامل الاختصاصي مباشراً في المستشفيات مع المرضى وذوهم . وغالباً ما يقوم بتفسير الإجراءات التي تتخذ مع المريض وتطور حالته . كما يسعى لمحاولة تعديل البيئة المنزلية وإيجاد العمل المناسب للمريض بعد خروجه من المستشفى .

وتتحقق الخدمات التي يقوم بها الاختصاصي بتنسيق الاتصال بينه وبين الاختصاصيين في المؤسسات الأخرى في البيئة لتنسيق الخدمات وتحقيق أقصى ما يمكن منها .

وجدير بالذكر أن ما يقوم به الاختصاصي الاجتماعي في الدول الرأسمالية تقوم به الممرضة في المجتمعات الاشتراكية . لأن الدول الاشتراكية تدرك الخدمة الاجتماعية كبذعة إبتدعتها الرأسمالية لتخدير من يستغلهم الرأسماليون وتمجيزهم عن المطالبة بحقوقهم .

١٠ - توزيع الأمراض العقلية ومعرفة اتجاهات الجماهير وتغييرها:

خصصت لجنة خبراء الصحة العقلية تقريرها الثامن (١٩٦٠) لتناول مشكلة توزيع الأمراض العقلية . فتدرك أن إتمام الطب العقلي تاريخياً بالفرد ، غير أن الاتجاه بدأ يتحول حالياً إلى الصحة العقلية العامة . على أنه لا يمكن القول بأن

جميع الاطباء كان لإنشغالهم مقصوراً على المشكلات الاكلينيكية للفرد . فمن بين الرواد الذين اتجهوا إلى مجال البيئة بينل وأسكويرول . وفي أواخر القرن ١٩ حفز كراييلين بعض معاونيه لمقارنة مدى تواتر الجنون بين عائلات أسر المرضى في المستشفى وأقاربهم . وقام هو نفسه فيما به سد بمقارنه الامراض العقلية في أندونيسيا وأمريكا الوسطى من ناحية وبين الاوربيين من ناحية أخرى وأستمر عدد من تلاميذه في هذا الاتجاه . ونما هذا الاتجاه في نفس الوقت في الدول الاسكندنافية والدول المتحدة باللغة الانجليزية ، وعلى الرغم من أن الاصل في هذه الدراسات البحث في الوراثة أمتد مجالها إلى ميدان توزيع الامراض العقلية في المجتمعات المختلفة وفي ظروف مختلفة . وبدأ الاهتمام بالاسباب والظروف البيئية وبدأ من هذه الدراسات أن دراسة مشكلة العدوى في الامراض الجسدية يمكن إستخدامها في مجال الامراض العقلية . فأصبحت تعنى كلمة *epidemeology* دراسة توزيع الامراض العقلية والسلوك تحت ظروف مختلفة في حياة الإنسان في البيئات المختلفة . ويستخدم هذا الاسلوب حالياً نسيين رئيسين متصلين هما: بيان الحقائق عن الامراض التي عولجت والتي لم تعالج لبيان الخدمات التي يمكن أن تقدم ، كذلك إكتشاف المظاهر والعادات والتنظيمات أو الظروف البيئية التي يمكن أن تؤثر في بداية وتطور الامراض العقلية ولتقدير أهميتها النفسية في بيان الاسباب والظروف .

ونجد هذا في الدراسات المسحية التي تناولت دراسة إنتشار الامراض العقلية النفسية وأسبابها في حي من الأحياء أو مدينة من المدن مثل دراسة العشر سنوات التي قامت بها جامعة كورنل (١٩٦٣) لحي منهاتن والدراسات التي حاولت بيان مدى إنتشار الامراض بين الطبقات الاجتماعية المختلفة أو الاجناس المختلفة مما سنشير إلى بعضها في حينه .

ولما كانت معاملة المرضى بأمراض عقلية والعناية بهم تتوقف على اتجاهات المواطنين نحو المرضى والمرضى هناك إهتمام في هذه الدراسات بتقصي هذه الاتجاهات وطرق تغييرها وخلق الوعي الجماهيري عنها والاهتمام بالتعرف على الاضطرابات النفسية في وقت مبكر ومساعدة من يعانون منها قبل أن يستفحل المرض .

١١ - البحث العلمي وتبادل المعرفة :

تهتم الدول المتقدمة حاليا بالبحوث العلمية وتقوم بتمويلها بشنطاً . لقد أكد كيندى في خطابه الذى سبق الإشارة إليه والذى يبين فيه حجم مشكلة الأمراض العقلية والضعف العقلى فى أمريكا أن هناك ثلاث طرق جماهيرية لمعالجة المشكلة . أ - معرفة الأسباب وإزالتها ب - تقوية الإمكانيات المعرفية والبشرية د - تقوية وتحسين الإمكانيات التى تخدم برنامجاً متكاملأ . ويقوم البرنامج الذى قدمه على ضرورة وجود مراكز الصحة العقلية المحلية الشاملة ، وتحسين خدمات المستشفيات ، وتوسيع مجالات البحث العلمى والخبرة البشرية . وهذا الاتجاه تحتذى معظم الدول حالياً .

ويمكننا القول بأن البحوث تدور حالياً حول الموضوعات التى سبق لمهيئة الصحة العالمية أن نادت بها مع الاهتمام بما يأتى :

أ - بحوث المسح لبيان مدى إنتشار هذه الأمراض فى البيئات المختلفة .

ب - للبحوث المخصصة لعلاج أنواع الانحرافات المختلفة :

ج - البحوث التنفيذية action research التى تدور حول تنفيذ مشروع

وقائى أو علاجى مبتكر ومتابعته خلال مراحل تنفيذه لبيان إمكانية نجاحه

وتعميمه هذا مع الاهتمام بالمجلات العلمية والمنشورات والمؤلفات التى تنشر

نتائج البحوث وتبادلها وتزويد المراكز العلمية بها .

١٢ - الفئات الخاصة :

أشرنا من قبل إلى الاهتمام الحالي بالمسذين نتيجة لزيادة عددهم لارتفاع مستوى الصحة العامة . وكيف أنهم أصبحوا يكونون مشكلة في كثير من الدول الرأسمالية فقد زاد عددهم في الولايات المتحدة أربعة أضعاف ما كان عليه في سنة ١٩٥٠ وزاد عدد الداخلين منهم إلى مستشفيات الأمراض العقلية بمقدار تسعة أضعاف وذلك لمن هم في سن ٦٥ سنة فما فوقها ... ووصلت أعلى نسبة للانتحار بينهم في بلجيكا وفرنسا وإيطاليا وهولندا والبرتغال وإنجلترا وويلز والولايات المتحدة وألمانيا وسويسرا وإسبانيا وهذا طبقا لتقرير خبراء الصحة العقلية السادس (١٩٥٨) وكلها كما نرى من الدول الرأسمالية .

ومن الفئات الخاصة التي توجه إليها العناية حاليا ضعاف العقول ، والأحداث المنحرفين ، والمعوقين جسمانيا .

الباب الثالث

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية واعراضها

الفصل الخامس

تصنيف الامراض النفسية والعقلية

مقدمة :

وأينا في عرضنا التاريخي لمفهوم المرض العقلي أن الاهتمام في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر كان متجها نحو تصنيف الامراض العقلية . وأن هذا الاتجاه إتجاه قديم كانت تمثله مدرسة كنيديوس Cnidus المعارضة لمدرسة Cos التي كانت تتخذ إتجاه أبقراط . فبينما كانت مدرسة Cnidus تحاول تحديد المرض كوحدة لها أعراضها ، يمكن وصفها ووضعها في فئة من فئات التصنيف ، نجد أن مدرسة كوس كانت ترى أنه من الصعب التأكد من أن مجموعة خاصة من الأعراض تعني مرضا معينا واهتمت بدلا من ذلك بتحديد المشكلة الاكلينيكية فيما يختص بالمرضى الفرد . ولزيادة الايضاح نضرب مثلا من الطب العام . إذا اشترك عدد من الافراد في ظهور أعراض معينة واحدة ولتكن هذه الأعراض أعراض الحمى ، فالتشخيص المبدئي الذي يتوصل إليه الطبيب هو أن الأعراض تسمح بتصنيف هؤلاء المرضى تحت فئة عريضه معروفة هي الحميات ... إذ تشترك أمراض الحميات في أعراض معينة . الخطوة التالية هي أن يقوم الطبيب بجمع المعلومات المختلفة التي تساعد على تحديد المرض الخاص من بين هذه المجموعه من الامراض والتي يشترك المرضى الذين تم فحصهم في أعراضه أي التوصل إلى تشخيص عام متفق عليه . وحينئذ يوصف الدواء ، ويتبع الطبيب سير المرض لمعرفة ما إذا كان يطابق في سيره ما هو معروف عن المجرى الذي يتخذه هذا المرض . هذا

ما قد يفعله الممارس العام. غير أن الأمر يجب ألا يقتصر على ذلك . حقا يشترك المرضى في الأعراض وفي نوع المرض ، بيد أن المرضى يختلفون فيما بينهم في مدى حدة المرض ، وفي تكوينهم الجسماني ، وقدرة كل منهم على المقاومة ، وظروف المعيشة وما إلى ذلك من العوامل التي يمكن أو لا يمكن حصرها . وحيث يجب أن يوضع في الاعتبار الظروف الخاصة بكل مريض ، أي تفريد العلاج .

ويؤكد المعارضون للتصنيف وخاصة في الأمراض العقلية مبدأ التفريد ودراسته كل حالة على حدة ، ويرون أن التصنيف وإن كان له ما يبرره في الطب العام فالأمر يختلف في الأمراض العقلية للأسباب التالية :-

١ - أن معظم فئات التصنيف التي قدمها العلماء والتي سادت حتى قبل عام ١٩٢٠ كانت تصنيفات تهتم بالأعراض الظاهرية أو وصف التغير الذي يحدث في العقل أو المللحات دون بيان للأسباب أو مصدرها ويصدق هذا على المصنفات التي قدمها Esquirol اسكويرول ، وبينل Pinal وغيرهما.

٢ - تشابه الأعراض المرضية وخاصة في بداية المرض فكثيراً ما تصدق الأعراض المصاحبة للحالة على أكثر من مرض واحد .

٣ - عمومية التصنيفات ، فقولنا بأن الفرد مريض بالذهان أو بالعصاب كالقول بأنه مريض بالحمى ، فأى نوع من الحمى يعاني منه ؟ كذلك الحال في الذهان فهي لفظة تطلق على مجموعة متنوعة من الأمراض ربما لا يوجد بينها عامل مشترك .

٤ - عدم دقة المعايير والمحركات التي تتخذ للفرقة بين مرض وآخر .

٥ - تأثر كثير من التصنيفات بالممارسات في الطب العام ، واعتبار الأمراض العقلية أمراض تصيب العقل متجاهلة للعوامل النفسية والاجتماعية .

على أى حال يجدر بنا أن نقرر أن التقسيمات والمسميات المختلفة للأمراض العقلية والنفسية ما هي إلا اصطلاحات عرفية تسهل الدراسة . ونحن نتفق مع كيرون وكيرون Cameron & Camron (١٩٤٤) على أن الأعراض الخالصة التي تصدق على مرض بالذات لا توجد إلا في الكتب العلمية . كما تجدر الإشارة إلى أن التنظيمات الداخلية للمستشفيات والظروف العملية تقتضى وجود نوع من التصنيف لتحقيق أقصى ما يمكن أن يقدم للمريض من خدمات .

العصاب والذهان :

تصنف الأمراض العقلية والنفسية في تصنيفين عريضين حيث تدخل مجموعة تحت ما يسمى بالذهان Psychosis وتدخل مجموعة أخرى تحت ما يسمى بالعصاب النفسى Psycho-neurosis .

والذهان لفظة بدأ استعمالها في نهاية القرن التاسع عشر بدلا من لفظة الجنون في الكتب العلمية . وأول من استعمل هذا المصطلح أحد العلماء الألمان حوالى منتصف القرن ١٩ وكان يقصد بها أمراض الشخصية ليفرق بينها وبين الأمراض الجسمية . ولما كان علماء الطب العقلي في القرن ١٩ يعتقدون بأن الأمراض العقلية أمراض تصيب العقل فقد تخلوا عن لفظة الشخصية ، وأصبحت لفظة الذهان عندهم تعنى المرض العقلي أو الجنون .

أما العصاب النفسى فيطلق على مجموعة من الأمراض تشترك فيما بينها في أعراض أهمها القلق ، والتوتر ، والانقباض ، والانشغال الزائد بالأمور النفسية والآلام الجسمية التي لا يوجد لها أى سبب عضوي والأفكار والأفعال الحواذية ، والخوف من الجنون ، والشعور بالضعف الجسماني العام .

بدأ أطباء الأمراض العقلية والأطباء عموما في القرن ١٩ يعطون اهتماما

للأمراض العصائية . فكان من الطبيعي أن يقوموا بمقارنة أفراد المرضى بالذهان بأفراد المرضى بالعصاب النفسى . وسنعدد بعض العوامل التى كانت ولا زالت تتخذ للفرقة بين أفراد الفئتين وتناقش كل منها .

١ - كان أول ما ذهب إليه الأطباء أن المريض بالذهان يستدعى إيداعه المستشفى بينما لا يتطلب المريض بالعصاب ذلك . وبدأ الاعتقاد بأن العصاب مرض سهل وبسيط بينما الذهان مرض خطير ومعقد ، وبالتالي يمكن فهم العصاب بينما يصعب فهم الذهان لخطورته .

إن الفكر الحالى يناقض هذا الرأى فقد ثبت أنه فى المراحل الأولى للمرض قد يتمكن المريض من أن يستمر فى حياته كشخص قادر على الانتاج بل إن كثيراً من المرضى لا يستدعى الأمر دخولهم المستشفى البتة . وبتقدم العلاج النفسى أصبح العلاج الخارجى ممكناً للكثيرين .

٢ - يتخذ البعض قدرة المريض على فهم مرضه كخاصية هامة تفرق بين المرضى بالذهان والمرضى بالعصاب . وهذه القدرة يطلق عليها البصيرة insight ويقال أن هذه القدرة تكون موجودة لدى العصائين بينما يفتقدها المرضى بالذهان . ويتخذ الافتقار إلى البصيرة كشرط يحقق مطلب تعريف الذهان ودلالة تسمح بإيداع المريض المستشفى . غير أنه من الثابت أن بعض المرضى بالعصاب قد يفتقرون إلى القدرة على البصيرة . ومعنى هذا أن هذا المحك ليس مطلقاً .

٣ - يذكر البعض أن الذهان يتميز باضطراب علاقة المريض وبيئته وأن الشقة بينه وبين بيئته عميقة للاضطراب فى رؤية الواقع وتشويشه بل ومحوه . أما العصائى فيكون اتصاله بالبيئة مستمراً والاضطراب عنده ليس حاداً . لقد بينت الدراسات التى قورن فيها العصائون بالأسوياء اضطراب نظرتهم إلى الواقع وقد يكون ذلك حاداً ،

٤ - قيل إن العصائين قادرون على التعبير عن آلامهم ، ويسعون إلى العلاج بينما الذهانيون لفقدانهم للبصيرة لايسعون لطلب العلاج ، والمألوف هو شكوى الآخرين منهم .

وقد أدى ذلك في كثير من الأحيان إلى تشخيص كثير من الأمراض الذهانية بالعصاب لمجرد سعى المصابين لطلب العلاج . وفي هذا القول مبالغة إذ أن أمر السعى للعلاج يقتصر على عدد قليل من أفراد الفئتين .

• - وما يذكر مراراً عدم القدرة على التجاوب مع المعالج من ناحية المريض بالذهان . وقد أدت هذه الصعوبة ببعض الأطباء إلى تأكيد استحالة نجاح العلاج النفسى مع المرضى بالذهان . غير أن النجاح الذى صادفه آخرون مع هؤلاء المرضى يدحض هذا الزعم إذ نجح العلاج النفسى مع المرضى بالفصام . وما يشير العجب هو أن الأطباء قد أخذوا وقتاً طويلاً جداً للتخلي عن القول بأنه يصعب الاتصال معهم ، وينهج العلاج النفسى الحديث معهم ما يلي : إذ يسجل للمريض سلوكه خلال فترة عدم إنتظام شخصيته تسجيلاً دقيقاً وبعد ذلك يتم تحليل هذه التسجيلات بالاشتراك مع المريض ويمكن القيام بذلك بعد أن تخدم الفترة الحادة من المرض . وهنا نجد أن المريض بالفصام من الممكن التفاهم معه . أما المرضى بالذهان الدورى فيكون الاتصال بهم فى العادة صعباً بعد الشفاء للتحليل العميق أما إذا حاول المرء معهم وهم فى حالة الاكتئاب فمن الممكن ممارسة العلاج النفسى معهم . وبهذا لا يمكن القول بأن المرضى بالذهان يصعب الاتصال بهم .

وجدير بالذكر أن لفظة العصاب كان يقصد بها فى أوائل القرن ١٩ طبقاً لتصنيف كالن Callen والذى اتخذه بينل فى عام ١٨٠٠ أساساً لتصنيفه ... كل ما يصيب الحواس أو الحركة دون وجود إرتفاع فى درجة الحرارة ... وكل

ما لا يتوقف على إصابة عضو من الأعضاء ، ولكن يتوقف على الإصابة العامة للجهاز العصبي .. وقسم العصاب في أربع مستويات :-

١ - في المستوى الأول المجموعات الاكلينيكية التي تصاب فيها الحركات الارادية بالنوم أو توقف الإحساسات مثل الاغماءات ، وفقدان الادراك الفجائي المصحوب بنزيف في المخ *apoplexies* ، والشلل .

٢ - في المستوى الثاني وضع فقدان الشعور المؤقت *syncope* ، والروم المرضي *hypocondriasis* ، واضطرابات سوء الهضم *dyspepsia* ، وداء الرماح *chlorosis* (نوع من اللوكيميا - تسمى أحيانا الانيميا الخضراء) وهذه الاضطرابات ترتبط بإصابة الحركات اللا إرادية الحيوية أو الطبيعية .

٣ - في المستوى الثالث توجد الحركات غير المنتظمة للعضلات أو الأنسجة . ويدخل في ذلك التشنجات ، والخواليا (رقصة سان فيندان) ، والصرع ، والهستيريا ، ومرض السكر ، والاسهال ، والمغص ، والربو ، وخفقان القلب .

٤ - في المستوى الرابع يوجد ما أسماه بالتدهور العقلي *vesaniae* ويقصده الخبل العقلي غير المصحوب بحمى أو سبات . وهذه المجموعة هي التي عرفت فيما بعد بالذهان . وأدخل فيها الضعف العقلي ، والمانيخوليا (السوداوية) والهوس *mania* وجولان النوم والكوابيس .

ولما جاء بينل إستمر في تصنيف التدهور العقلي *vasaniae* كمجموعة واحدة من أمراض العصاب التي تصيب وظائف المخ ، وإضافة العتبه إلى هذه المجموعة .

وأضاف تليذه إسكويرول *Esquiere* إلى هذا التصنيف مفهومي جنون الكدر أو الانقباض *lypemia* و جنون الحواز المفرد *menemania* ليحلا

محل مرض المالبخوليا (السوداوية) القديم . وينطبق تشخيص الانتقباض الجديد على أولئك الذين ينحصر تفكيرهم في نطاق سلسلة ضيقة من الأفكار مع وجود الاكتاب، بينما ينطبق تشخيص الحواذ المفرد على أولئك الذين لا يفكرون إلا في موضوع واحد مصحوبا بالاضطرابات والانفعالات الجامحة .

وحتى سنة ١٨٣٠ كان الموقف في الطب العقلي هو اعتبار أن العصاب يتضمن كل ما يسمى في الطب الحديث بالامراض العصبية ، وبعض ما يعرف حاليا بالامراض النفسجسمية ، وبعض أمراض التمثيل الغذائي ، والمرض السلوكي المتلون المعروف بالهستيريا . أما التدهور العقلي *Vesaniae* أو عصاب القشرة *Cerebral neuroses* فيتضمن ما عرف في أواخر القرن التاسع عشر بالذهان العضوى والوظيفي وكذلك الشخصية السيكوباثية . ولما كان علم الامراض في ذلك الوقت لم يصل إلى ما وصل إليه حاليا، فلم تكن القدرة موجودة للتمييز بين ماهو وظيفي وما هو عضوى من هذه الامراض .

ويقصد بالعضوى أن الأساس فيه جسمى فسيولوجى ، إما في الجهاز العصبى أو أى جزء آخر من أجزاء الجسم . فادمان المخدرات والخمر قد يؤدى إلى قطع الصلة بين المرء وعالمه الخارجى وتبلد الحواس . ويؤدى بعضا إلى الهلوسة والتخريف . وقد يؤدى مرض الزهري إلى إتلاف بعض الاعصاب فيعطل من تفاعل الفرد مع بيئته تفاعلا على أساس من الواقع . فالانحرافات النفسية الناتجة عن كل هذه الأسباب تسمى باضطرابات عضوية .

وهناك من الاضطرابات مالا يمكن أن زرده إلى أسباب عضوية . وهذه تسمى بالاضطرابات الوظيفية . ليس معنى هذا عدم وجود أى سبب عضوى ، فقد نكون هناك أسباب لا نعرفها ولا يمكن عزلها أو التحقق منها . ومن

الجائز ألا يكون هناك أى تغير عضوى ولكن قد يكون هناك تغير وظيفى بين أعضاء الجسم أو قد يكون ثمة صراع بين أنماط العادات التى أدت إلى الاضطراب.

ومنذ سنة ١٨٣٣ حدثت تطورات خطيرة فى ميدان الطب كان لها أثرها المباشر فى الطب والطب العقلى نلخصها فيما يلى :-

١- إعادة صياغة مفهوم الفعل المنعكس الذى كان غامضا من قبل ، وبيان أن الاعصاب إذا استثيرت فمن الممكن أن تنشأ حركات عضلية مستقلة عن الاحساس الشعورى والارادة . وهذا يعنى أن حركة عضلية من الممكن أن تتم دون شعور الفرد وإحساسه . وكان لانتشار فكرة الفعل المنعكس مع مبدأ الاستثارة العصبية مع التوصل إلى تشريح الجهاز العصبى وبيان أقسامه المختلفة مما أدى إلى تفسير العصاب فى القرن التاسع عشر على أساس الفعل المنعكس وتحديد مكانه فى أحد أقسام الجهاز العصبى فى المخ ، أو النخاع الشوكى ، أو العقد العصبية وأثره على الوظائف المرتبطة بكل قسم .

كما أدت هذه المفاهيم إلى السماح باستغلال العوامل النفسية فى بيان أسباب الأمراض فى الطب والطب العقلى .

٢- الإقامة فى المستشفى : إذ سمحت مدة الإقامة للأطباء بدراسة التطور الطبيعى للأمراض فى بيئة المستشفى . إذ لاحظوا التنوع الكبير فى سلوك المرضى . وقد أدى هذا إلى ثلاث تطورات هى :-

١ - محاولة إختصار الاعراض المرضية فى مظاهر عملية مرضية أساسية واحدة وساد هذا الاتجاه فى إنجلترا حيث نجد سانكى W.H.O. Sankey سنة ١٨٦٠ ينادى بأن كل الأمراض العقلية تبدأ بحالة سوداوية ثم تنزع إلى المرور بمراحل مرتبة كالتالى : مزاج سوداوى ، ثم هوس ثم تدهور عقلى . وهذا التالى من الممكن أن يقطعه الشفاء ... ولم يثبت هذا رأى أمام التطور العلمى .

ب - التمييز بين الاعراض الاولية والاعراض الثانوية إذ مير توماس سيدنهام بين الاعراض التي تنتج عن الإصابة ، والاعراض التي هي رد فعل للإصابة وهذا الاتجاه لازال باقيا .

ج - محاولة بناء نظام مفصل للتصنيف يمكن تصويبه باستمرار في ضوء الخبرات الاكلينيكية وهذا الاتجاه وسابقه استغله كرايباين وبلولر *Bleuler* وبذلك أنقذا تصنيفها وأفسحا المجال لتتبع الاعراض .

د - أدت الإقامة في المستشفى وملاحظة المرضى في فرنسا إلى أن أمدنا ماجنان *Magnan* باسم « الهذيان المزمن » لسلسلة من الاعراض تبدأ بوهم الشك يتلوها هلوسة بأوهام منظمة ، مع وهم العظمة ، ثم الانهيار العقلي ، وفي سنة ١٨٨٥ أصبح استخدام لفظة جنون الاضطهاد *paranoia* المستخدمة حاليا مقبولة .

كما أدخل فارات *Farlet* مصطلح « الجنون الدوري » *Folie circulaire* وأستخدم *Baillanger* مصطلح « الجنون ذو الشكلين » *Folie adouble forme* ، ليدل على مرض يتخذ شكل الهوس والاكتئاب معا كظهيرين لردود أفعال المريض بهذا المرض مما اتخذ كرايباين فيما بعد أساسا لنهائين « الهوس الاكئاب » .

٣ - دراسات الترويم المغناطيسى التي قام بها شاركوت وليبولت *Liébault* وبرنهايم . إذ نبع عن هذه الدراسات علم نفس جديد عن العصاب . ويعزى لجانيت الفضل في تحديد أهم أنواع العصاب في المستيريا ، والتوروستانيا ، والخاف والافكار والأفعال الحواذية والتي يجمعها مصطلح *psychasthenia* .

وطيلة القرن ١٩ ظل الخلط موجوداً بين العصاب والذهان . وكان هناك اعتقاد بأن العصاب درجة من درجات الذهان الخفيفة ، وأن العصاب من الممكن أن

يتحول إلى ذهان ، على أن اتضح دور العوامل النفسية في العصاب كما بينها فرويد ، وفصله لعصاب القلق عن النيوروستانيا ، وبيان الاسس النفسية للخواف المرضية ، ووصفه للديناميكية النفسية لتكوين السلوك اللا شعورى ، وكذلك ظهور فكرة التكوين الفصامى Schizoid cor stitution والتي أتخذت معيارا لهذا المرض الفصام فى تقسيم كرايبلين كلها بدأت تؤكد الاختلافات بين العصاب والذهان. ويمكننا القول أن الافكار والاتجاهات التى حلت مشكلة الفصل بين العصاب والذهان كانت حيلة القرن الحالى .

تصنيف الأمراض النفسية والعقلية :

وفى عرضنا للأمراض التى تدخل تحت العصاب والذهان وغيرها من الأمراض سنسير وفقا للتصنيف الذى تتبعه مجلة المستخرجات النفسية الامريكية The Amreican Psyholgoical Abstracts وهى مجلة عالمية تلخص شهريا البحوث التى تمت فى أرجاء العالم فى ميادين علم النفس المختلفة والملاحظ أن هذا التصنيف يكاد يكون متفقا عليه عالميا . وهو فى أساسه تصنيف كرايبلين معدلا بتوسيع قاعدته لتفادى التقسيم تبعا للأعراض ولتأكيد الاساس المرضى والاسباب .

التصنيف :

١ - العصاب والاضطرابات الانفعالية : ويدخل فى ذلك القلق anxiety والخواف المرضية Phobia ، والهستيريا Hysteria ، والافكار والانمال الحواذية والقهرية Obsessive - compulsive reactions ، والنيوروستانيا ، والرجع العصابى Reactive neuroses .

٢ - الذهان psychoses : وينتوى تحته الفصام Schizophrenia

والاضطرابات الانفعالية affective disorders ، وذهان الاضطهاد

Paranoia

٣ - الأمراض النفسجسمية Psychosomatics وتشمل الاضطرابات

النفسية والعقلية التي تصاحب بعض الأمراض الجسدية ، والعدوى بأمراض معدية والتسمم .

٤ - الاضطرابات المصاحبة لتلف في المخ والصرع .

٥ - الضعف العقلي .

٦ - الاضطرابات السلوكية : وتتضمن . إدمان الخمر والمخدرات ،

والانتحار ، والجريمة وانحراف الأحداث ، والشذوذ الجنسي .

الفصل السادس

الاعراض المرضية

رأينا أن من الصعوبات التي صادفها العلماء في تشخيص الأمراض العقلية والنفسية تنوع الأعراض واشتراك الأمراض المختلفة فيها ، كما بينا أن هذه الأمراض كثيراً ما صنفّت تبعاً لأعراضها . وتظهر الأعراض المرضية عادة كاضطرابات في مجال الإدراك ، أو الذاكرة، أو التفكير، أو الوجدان أو الإرادة وسنذكر فيما يلي أهم هذه الأعراض .

١ - الاضطرابات الإدراكية

الهوسة Hallucinations

في سنة ١٩٥٨ عقدت رابطة الطب العقلي الأمريكية ندوة علمية عن « الهوسة » ، وجمع وست West كل البحوث التي عرضت في هذه الندوة في كتاب نشر في عام ١٩٦٢ . وكثير من هذه الدراسات على ما يبدو كانت دراسات تمهيدية لما سوف يحدث لرجال الفضاء في عزلتهم بعيداً عن كل المؤثرات الحسية . على أي حال يضم الكتاب موضوعات الندوة التي تناولت دراسة الهوسة من الناحية الفسيولوجية العصبية ، ودور تكوين شبكة الجذع الدماغى brain stem reticular formation ، ومفعول العقاقير ، والمقارنة بين الهوسة الناتجة عن المخدرات والهوسة الذهانية والهوسة نقيجة للحرمان من النوم ، والهوسة البصرية والاطار المظهرى للهوسة ، والمظاهر الاجتماعية للهوسة ، والعوامل النفسجسمية والواقع والهوسة ، ونظرية عامة عن الهوسة والاحلام .

والهلوسة نوع من الإدراك لمنبهات لا وجود لها في الواقع الخارجي. فالهلوسة تكون عادة حسية أى تتصل بحواس السمع والبصر والشم والذوق وما إليها... فقد يرى المريض مرئيات أو يسمع أصواتا أو يشم روائح لا وجود لها في الواقع.

والهلوسة البصرية مألوفة في ذهان الإدمان وهذيانه *delirium tremens* وفي الأمراض المعدية. فقد يرى المريض أناسا آخرين أو حيوانات أو أشباحا... الخ وقد تكون الصور التي يراها ثابتة وقد تكون متحركة كما أنها قد تكون واضحة كما قد تكون غامضة.

أما الهلوسة السمعية فتتوارى في المرضى بالفصام إذ يسمع المريض أصواتا قد تكون مألوفة وقد تكون غريبة. وتنوع محتويات الهلوسة ففي بعضها يتحدث المريض وهو آمن إلى هذه الأصوات وفي غيرها يسمعها توجه له الاتهام أو السب أو تأمره بالقيام بعمل من الأعمال.

وتتوارى الهلوسة الشمية في مرض الفصام وما يشمه المرضى يكون عادة ذا رائحة كريهة فيسدون أنوفهم بالقطن أو بأيديهم... الخ.

وبعض المرضى يكتمون هلوساتهم ويخفونها ويكونون على وعى بأنهم يهلوسون والبعض الآخر يرى أن هلوسته حقيقة واقعة.

لقد تعددت الآراء التي تحاول تحليل الهلوسة وتأسيسها. ففي بحث قام به ريس *Riss* (١٩٥٩) قام بتدريب سبعة من المرضى على يعانون من الهلوسة والالهام على أن يتحدثوا عن بدايات ونهايات هلوساتهم السمعية فوضع كلا منهم لمدة ٩٠ دقيقة في كابينة عازلة للصوت ولا يصل إلى المفحوص إلا صوت من جهاز قياس السمع *audiometer*. قيست الهلوسة السمعية للمفحوصين في

ثلاث مستويات من الحدة الصوتية هي عدم وجود صوت ، وصوت فوق عتبة السمع ، وصوت تحت العتبة . أفاد جميع المفحوصين بهلوسة سمعية عند وصول الأصوات المسموعة لهم إلا فرد واحد سمع أصواتا في حاله غياب الصوت . وطبقا لهذه النتائج ونتائج بحوث أخرى يرى ريس :-

أ - أن الهلوسة السمعية غالبا ما تحدث في حضور صوت مسموع ب - أن الهلوسة تتضمن تشويشا حاداً للوثرات الحسية في البيئة ، بينما الخداع البصرى يتضمن تشويشا خفيفا . ج - يجب تعديل التعاريف الجارية عن الهلوسة حتى يمكن فهم هذه الظاهرة .

وفي بحث قام به وينشتين Weinstein (١٩٦٢) جمع معلومات عن الهلوسة والاهام من المرضى المودعين في عيبر من عيبر المرضى بأمراض عقلية في أحد المستشفيات العامة الصغيرة في فترة طولها ١٨ شهراً . وكانت العينة تتكون من أربع فئات من ثقافات مختلفة فوجد إختلافات بين هلوسة الفئات الأربعة وانتهى إلى أن الهلوسة ليست مظاهر غريبة أو دخيلة ولكنها جزء من نسيج المجتمع الذى يعيش فيه الفرد . وفي رأيه أنها رموز مركزة تركيزاً كبيراً لها أساس من الواقع لأنها عنصر من نمط الالتواء الاجتماعى للفرد .

ويرى ويل Will (١٩٦٢) أن الهلوسة تعكس مظاهر معينة للبحال الاجتماعى للفرد وتعكس خبرات لدى المريض لاكتسبها في باكورة حياته في مجالات العلاقات الانسانية . وترمز الهلوسة إلى خبرات في هذه المجالات تم الاحتفاظ بها خارج الوعى للتخفيف من حدة القلق وتظهر إذا ما زادت حدة المواقف التى تبعث عليه .

وقد أثبتت كثير من البحوث (شورلى Shurley ١٩٦٢ ، سيلفرمان وآخرون

١٩٦٢ ، سولوفان ومندلزون (١٩٦٢) أن عزل الإنسان في مكان لا تصل فيه أى إحساسات يؤدي إلى هلوسة البعض سمعيا وبصريا ومفصليا . كما بين وليامز وآخرون (١٩٦٢) أن الحرمان من النوم يؤدي إلى الخطأ في الإدراك البصري وفقدان الإدراك المؤقت واضطراب الناحية المعرفية .

والنظرية التي يقدمها وست West (١٩٦٢) لتفسير الهلوسة هي أنها في حالات اليقظة العادية تقصف عقولنا بوابل مستمر من المعلومات ... مستمدة ... من منبهات ... يكون لهذه العبوة من المعلومات الجديدة أثر الكف فتتمنع ظهور الإدراكات السابقة إلى مستوى الوعي . فإذا ما قلت العبوة ، فإن صوراً عقلية تنفك عقالمها ... فإذا كان الوعي نشطا فإن المدركات التي إنفك عقالمها قد تبدو في الخبرة وعلى شكل تخيلات ، أو أحلام ، أو هلوسة .

ورأيه قريب من رأى العالم الروسى المعاصر بوبوف الذى يفسر الهلوسة على أساس بافلوفى إذ يفسرها على أنها عملية تقوم على الكف الجزئى فى القشرة المخية . إذ تظهر الهلوسة فى وقت توجد فيه فى القشرة المخية مراحل إنتقالية (أنظر نظرية بافلوف فى الفصل الثانى) . وقد تظهر الهلوسة فى مراحل التعادل والتناقص فى حالات مرحلة التعادل تقوم آثار المدركات الماضية باستثارة نفس ردود الفعل فى الخلايا العصبية كما تفعل المنبهات الفعلية فتحدث الهلوسة بالإضافة إلى إدراك البيئة المحيطة بالمرضى . أما فى حالات مرحلة التناقص فإن الصور العقلية تبرز وحينئذ قد يدرك المريض ما يحيط به أولا يدركه .

ويمكن ملاحظة المراحل الإنتقالية فى الاصحاء حين ينامون أو حين يستيقظون أو خلال حالات النوم غير العميقة . وهذا الكف الجزئى قد يستمر طويلا مع بعض المرضى أثناء اليقظة . ويمكن بيان العلاقة بين بداية الهلوسة

والكف الجزئى فى القشرة المخيمية بتأثير العقاقير . وتزداد الهلوسة حين تعمل عوامل الكف وتقل بزيادة الاستشارة .

٢ - اضطرابات الذاكرة

يعتبر التذكر من العمليات العقلية العليا . ويقصد به إظهار الدلالات على التأثير بشيء فى الماضى . وقد يكون التذكر كاملا وتاما للخبرة السابقة فقد يصاب الفرد فى حادثة تصادم فى الصغر فإذا طلب منه تذكرها فإنه يتمكن من تذكر كل تفاصيلها من حيث المكان الذى وقعت فيه والوقت والأفراد حتى الملابس التى كان يلبسها وما إلى ذلك من التفاصيل .

وقد يكون التذكر مجرد التعرف على شيء لسابق خبرة به فى الماضى ولا يكون التذكر هنا تاما بل يكون مجرد شعور بأن هذا الشيء مألوف ومر بخبرة الفرد فى الماضى . كما قد يحدث أن مظهرا من مظاهر خبرة سابقة يؤدى إلى تذكرنا هذه الخبرة مثلما يحدث عند وقوع نظرنا على هدية من هدايا عزيز لنا فى الماضى . إذ تؤدى رقيتها إلى تذكر هذا الفرد وخبراتنا معه . وهناك ونوع آخر من التذكر مثل ما يحدث حين حفظنا لقطعة من الثر أو الشعر ويطلب منا القاؤها .

والنسيان ظاهرة طبيعية تتم لعدم إستعمال الفرد للمادة التى تعلمها فتتحال وقد تمحى تاما ، أو لاهتزاز الانماط المحفوظة وتساقط بعض عناصرها واتخاذ المتبقى شكلا جديدا ، أو التعرض للكف المضاد retroactive inhibition الذى يتولد نتيجة التعب أو الألم ، والاذى الذى يلحق الجسم أو تعلم حركات جديدة تتعارض مع الحركات القديمة وتحل محلها ، وهناك النسيان بالكبت إذ يصعب على المرء تذكر بعض الخبرات المرتبطة بانفعالات مؤلمة فى الماضى وما إلى ذلك .

وتقسم اضطرابات الذاكرة إلى اضطرابات تتعلق بالحفظ وأخرى تتعلق

بالاسترجاع . ففي الامراض التي يصاب فيها المخ كذهان كورساكوف Korsakoff's psychosis الذي ينتج عن تلف في المخ يرتبط عادة بإدمان الخمر، وذهان المسنين ، وتصلب الشرايين ، والامراض المعدية وما إلى ذلك يصعب على المريض تذكر ما يقرأه مهما تكررت مرات القراءة. وفي كل مرة تعتبر المادة المقروءة جديدة عليه .

وفقدان الذاكرة amnesia يعني فقدان القدرة على تذكر أحداث فترة معينة ويوجد منها شكلان : شكل يعجز فيه المريض عن تذكر الاحداث التي سبقت بداية مرضه الحالي ، وشكل آخر يعجز فيه عن تذكر أحداث الفترة التي تلت بداية المرض أى تذكر الاحداث الراهنة .

وتصحب اضطرابات الذاكرة أحيانا ظاهرة التلقيق وخاصة في المرضى المصابين بتلف في المخ كالامراض السابق ذكرها . والتلقيق هنا دفاع ضد القلق الناتج عن فقدان الذاكرة . فدمن الخمر الذي يعانى من سوء التغذية مثلا يلحق الضرر بذاكرته الاحداث القريبة ، ويلحقه الذعر من ذلك ، فيندفع نفسه بأفكار فقدانه لذاكرته وينتج قصصا خيالية مليئة بتمجيده لنفسه ليسد فراغ الساعات والايام السابقة التي كان من الممكن تذكرها بسهولة لولا التلف الذي لحق بوظيفة المخ وأحيانا نحلأياه .

٣ - اضطرابات التفكير

تنوع الاضطرابات الفكرية في الامراض العقلية تنوعا كبيرا . فقد تبدو الاضطرابات في أسلوب التفكير ، أو في شكل مخاوف وأفكار وأفعال قهرية ، أو في شكل أو هام أو تدهور .

١ - أسلوب التفكير : يبدو اضطراب التفكير لدى بعض المرضى في سرعة

توارد الخواطر وعدم القدرة على ملاحظتها والتعبير عنها لغويا . لذا يكون من الصعب التفاهم معهم لاضطرابهم تحت سرعة توارد الخواطر إلى حذف جمل أو كلمات . فيبدو الكلام غير منطقي وحلقاته غير متصلة . ويلاحظ هذا في المرضى بالذهان الدورى فى حالة الهوس .

ويحدث العكس فى حالة الاكتئاب ، إذ يكون التفكير بطيئا . وقد يستمر خاطر واحد فى ذهن المريض فترة طويلة يعبر عنه ببطء شديد . وتمر بين الكلمات المحددة التى ينطق بها فترات طويلة من الصمت لعبء الاكتئاب الذى يبرز تحتها . ومن مظاهر الاضطراب فى التفكير الرمزية ، أى التحدث بالرموز واستعمال الامثلة والمعبر . وإن كان التعبير عنها يتم فى جمل تامة غير أنها لا تكون مترابطة وتعبر عن معان خاصة لدى المريض لا يحاول شرحها وإيضاحها للمستمع .

ب - الافكار والافعال القهرية : ومنها المخاوف المرضية الشديدة . وهى من الاعراض التى تصاحب القلق عادة . وقد يكون سببها مواقف أو أشياء أو أفراد فيها عناصر تدعو إلى الخوف غير أن الشخص العادى يتقبلها دون فزع ودون أن يحس فيها بخطورة كبيرة كالشخص الذى تفزعه محاولة عبور الطريق مثلا ، أو الشخص الذى تستحوذ عليه فكرة أنه سوف يصاب أو أنه مصاب بمرض معد . وتكون المخاوف ثانوية بالنسبة للقلق . وتنتقل من شئ لآخر . وقد تكون مجرد شعور عام . وكثير من المرضى يعبرون عن هذا الشعور ويتصرفون كما لو كانوا فى حالة فزع دائم طيلة الوقت .

وقد تبدو الافكار القهرية فى شكل شكوك كن يظن دائما أنه لم يغلق باب منزله أو أنبوبة البوتاجاز ويضطر للعودة إلى المنزل عدة مرات للتأكد من ذلك . كما قد تبدو فى شكل رغبات ، كمن يشعر برغبة فى القفز من نافذة المنزل ولما إلى ذلك .

وأحسن مثل للأفعال القهرية سلوك من يجد نفسه مضطراً لغسل يديه مراراً وتكراراً ، أو عدة أعمدة التفراف ، أو سلام المنزل .

٢- الأوهام delusions : الوهم إعتقاد يقوم على أساس مرضي ، ولا يتفق الإعتقاد والواقع ولا يتقبل المريض مسألة بآى نقد . وهو في هذا يختلف عن الأفكار القهرية الحواذية في أن المريض الذى يعانى من الأفكار الحواذية يتقدمها بنفسه وأن الشخص السليم كثيراً ما يقع تحت تأثير الوهم خاطئ متغير أنه يمكن إقناعه بخطئه . أما الوهم المرضي فلا يمكن إقناعه المريض عنه . فهنا بذلك الجهود للتدليل له على خطئه . والأوهام من هذا النوع تلوالة قاطعة على المرض العقلي . وهي من مشترك بين كثير من الأمراض .

وتتخذ الأوهام والمواجس أشكالاً مختلفة فمنها وهم الاضطهاد إذ يشعر المرضى الذين يعانون منه بأن هناك من يتجسس عليهم أو يحاول دس السم لهم ، أو يستخدم الأجهزة الالكترونية والأشعة لتحطيم أو إلحاق المرض والأذى بهم . وهناك من تركز أوهامه حوله الشعور بمرض جسدى معين . وتنوع شكاوى هؤلاء ويبالغون فيها . ويعانى بعض المرضى من وهم النظطة ويرتدون في أنفسهم العبقرية أو الثراء أو العلم ... الخ . وتضم جسدان المشككيات من يعيشون بالاعتقاد بأنهم قادة عسكريون " ونازيون " وهتلر . الخ وهناك من يتسلط عليهم وهم الشعور بالذنب للأضرار التى لحقتهم بأولادهم أو أشقائهم ويشعرون بالعقاب . وهؤلاء تكون نزعاتهم الانتحارية قوية وقد يحاولون الانتحار .

في اللغة توهم الأمر تخيله وتمثله وظنه ، والوهم جمع أوهام : ما يقع في القلب من الخاطر ويقول صاحب المعجم أن العامة تستعمل الوهم للاعتساب والخوف .

قام ناندی (١٩٥٩) بدراسة وهم الاضطهاد في مجموعة من المرضى تتكون من ١٥٤ مريضا بالفصام ، و ١٦ بذهان الاضطهاد ، و ٣٥ بالذهان الدوري ، و ٥ بذهان الشلل العام . تمت ملاحظة هذه الحالات أثناء دخولها المستشفى ولمدة تتراوح ما بين ثلاثة أشهر وخمس سنوات وكانت المجموعة تتكون من ١٤٠ من الذكور و ٦٠ من الإناث بعمر يتراوح مداه ما بين ١٦ سنة إلى ٦٠ سنة .

ثبت من الدراسة أن وهم الاضطهاد في المجموعة يدور حول التعبير عن الاعتقاد بوجود بشر أو أشياء غير حية أو موضوعات وهمية تحاول إيقاع الأذى بالمريض ، والأذى المتوقع كان في العادة في شكل وشاية أو تعذيب أو حرمان من الحياة أو من جزء من الجسم أو من النفس أو من شخص محبوب ، واستخدام التويم المغناطيسي أو السحر أو السم أو المرض أو التلويث بالجراثيم ووهم الاضطهاد وهو أكثر أنواع الأوهام تواتراً . ولا يتفق الوهم مع الواقع ولا يتفق فيه المريض مع غيره ممن لهم نفس الخبرات ، كما لا يتفق مع المنطق غير أن المريض يعتقد فيه بنسبة ١٠٠ ٪ .

وقد درس واركتين وزملاءه Warkentin et al (١٩٥٩) الأصول الاجتماعية للأوهام وانتهوا إلى أن الأوهام تنبع من الاضطراب الانفعالي الذي عانى منه المريض ، والذي يؤدي إلى عمليات تعويضية إنفعالية وفكرية هذا بالإضافة إلى أنها تتقرر بالموقف الاجتماعي الحالي للمريض . والتشويش في الأوهام في العمليات الفكرية طريقة يسعى فيها المريض إلى العلاج كما أنها تحدد في نفس الوقت المجالات في حياته التي تسبب الانزعاج .

أما بافلوف فيرى أن الأوهام تنبع من أساسين من الأساس الفسيولوجية المرضية ، إيمان بؤر للاستثارة ساكنة أو من مرحلة ما فوق التناقض . ففي حالة

البؤرة الساكنة فإنه يتكون حولها نوع من الكف طبقا لقانون الاستدلال السلي وقد يكون هذا الكف قويا إلى الحد الذي يقطع فيه الارتباطات بين مركز الاستدارة وبقية القشرة الخية . لهذا يحتاج النقد تماما في وجود الوهم أى أن المريض لا يستخدم خبراته والحقائق التي لديه لتقويم وهمه .

وهناك بعض الأوهام ترتبط بالمرحلة ما فوق التناقض مشمل وهم الشعور بالذنب، فأى فكرة تتعلق بالخروج على القانون كان قد حدث لها كف فى حياة المريض ، فإن المريض يبدأ فى الاعتقاد بأنه مجرم فى مرحلة ما فوق التناقض .

د - البلادة الفكرية : dementia . وهى من أعراض بعض الأمراض . ويقصد بها عجز المريض عن القيام بأبسط العمليات العقلية التى تكون عادة فى حدود قدرته مثل القيام بعملية جمع بسيطة . وقد يصحب ذلك فقدان الذاكرة والتشكك فيما قد يتذكره الفرد وفى مدى صحته . والبلادة الفكرية من أعراض الأمراض الناتجة عن وجود تلف فى المخ كما أنها من أعراض الفصام . وقد تؤدى البلادة الفكرية بالمريض إلى القيام بأعمال خطيرة ولا يحس بخطورة عمله كن يشعل النار فى منزله لطرد الناموس .

٤ - الاضطرابات الوجدانية

تمتلىء حياة الفرد بالانفعالات المختلفة ، فمن فرح ونشوة وضحك وسرور إلى أحزان وأزراح ، وبكاء وضيق ، ومن أمن وحب إلى رهبة وخوف وغضب وكراهية وما إلى ذلك . وتفيض اللغة بالمصطلحات التى تعبر عن الحالات الوجدانية والانفعالية وقد يما فرق العلماء بين الحالات المعتدلة منها والحالات الحادة ، فأطلقوا على الأولى « الحالات الوجدانية » ، وعلى الثانية « الحالات الانفعالية » . والاساس فى هذه التفرقة هو اختلاف فى الدرجة لا فى النوع .

فالشعور العام باللذة والراحة والسرور تدخل ضمن الحالات الوجدانية بينما تدخل السعادة الغامرة والحزن العميق والفرح ضمن الحالات الانفعالية .

والانفعال حالة توتر في الكائن الحي تهيجها تغيرات فسيولوجية داخلية ومظاهر جسمانية خارجية غالبا ما تعبر عن نوع هذا الانفعال . وللانفعالات صلة كبيرة بالجهاز العصبي والمنع . فالمعروف أن هناك صلة بين الانفعالات والجزء من المنع المسمى بالهيبوثالاموس من ناحية التعبير عنها وتنظيمها . ومن الثابت حاليا أن كلا من القشرة المخية cortex وما تحت القشرة subcortex يسهان في التعبير عن الانفعالات . فالانفعالات البدائية التي توجد في الإنسان منذ الولادة ترتبط بما تحت القشرة ويمرور الوقت تنشأ انفعالات معقدة على أساس الانفعالات البدائية تسهم فيها القشرة . لهذا يقال أن كلا من القشرة وما تحت القشرة له نصيب في الانفعالات . ومن المعروف أيضا أن الجهازين السمبثاوى sympathetic والباراسمبثاوى parasympathetic يكونان معا الجهاز العصبي الاوتونومي autonomic nervous system . وإلى القسم (الباراسمبثاوى) تعزى الراحة والهدوء ، بينما وظيفة السمبثاوى الاستثارة . فنبضات القلب مثلا يمكن زيادتها باستثارة الجهاز السمبثاوى ويمكن خفضها باستثارة الجهاز الباراسمبثاوى .

وتظهر في كثير من الامراض العقلية أعراض انفعالية متعددة نذكر منها : **القلق : anxiety** . ويختلف القلق المرضى في حدته عن القلق الذي يعترى الفرد عادة في حياته اليومية عند إقدامه على عمل من الاعمال أو لتفكيره في مسألة هامة تشغله إذ يزول هذا النوع من القلق بمجرد زوال أسبابه التي يسعى الإنسان عادة لإزالتها . أما القلق المرضى فهو خوف وفرع لا يعرف المريض سببه ويحتاج الفرد فجأة فيزعزع كيانه دون أدنى سبب شعوري ويعجز الفرد عن

السيطرة عليه إلا أنه من الشكاوى العامة التي يسميها المعالج من معظم المرضى فهو من الأمراض التي تصاحب الأعراض الأخرى للأمراض .

الاكتئاب : depression . ويكون في شكل موجة من الحزن العميق التي تحتاج الفرد فيه فقد معها لذة الحياة ويرى أنها لا معنى لها، ولا هدف لها ولا يعرف الفرد سببها لهذا الانقباض الذي يكون كالعنب الثقيل عليه، فإذا ما انزاحت غمته، شعر الفرد وكأنه ألقى عن كاهله عبء ثقل كبير. وكثيرا ما يعبر بعض المرضى عن وجود كثير من العوامل في حياتهم كان ينبغي أن تشعرهم بالسعادة ولكنهم عاجزون عن التمتع بها أو حتى عن الرغبة في الاستمتاع بها .

التجمل Euphoria : ويبدو فيها المريض غاية في السعادة مع الآمال العريضة والنظرة الباسمة للمستقبل . وتصبح حالة الهوس mania في الذهان الدوري مع النشاط الزائد والميل إلى الاعتداء .

البلاد العاطفية : وتكون هذه الظاهرة عادة في شكل جمود عاطفي نحو ما يجب أن يستثير العاطفة . إذ تموت عاطفة المريض نحو الأفراد والأحداث ويتجه بعاطفته نحو الأفكار فأفكاره لديه أهم من أي شيء آخر في العالم الخارجي . ولا تصبح الانفعالات مناسبة للوقت . فقد يبكي أو يضحك دون سبب ظاهر . ولا يعير اهتماما لما قد يمس أقرب الناس إليه .

الفرع : تعترى بعض المرضى حالات من الخوف الشديد ، وتظهر عليهم كل أمراض الخوف من إصفرار الوجه واتساع حدقة العين وارتفاع النبض وسرعة التنفس ويشعرون بخطر محقق بهم دون وجود ما يستدعي كل ذلك . وفي بعض الأحيان يكون مصدر الخطر موجودا ومحددا . وقد يحاول المريض الهرب أو يتجمد في مكانه .

٥ - اضطرابات الإرادة

تتضمن الإرادة ثلاثة عناصر أساسية هي: الدافعية ، واتخاذ القرار ، والفعل الإرادى . ويقصد بالدافعية كل العوامل التي يدركها الفرد أو يخبرها كأسباب للقيام بعمل معين وبعض هذه العوامل قد يكون شعوريا أو شبه شعوريا أو ماتحت الشعور . على أى حال تؤدي هذه العوامل إلى اتخاذ قرار وبالتالي إلى القيام بالفعل الإرادى . ويقصد باتخاذ القرار تلك اللحظة التي تمر في ذهن الفرد تبين عزمه على العمل . أما الفعل الإرادى فهو ذلك النشاط الذي يتم بين لحظة اتخاذ القرار والهدف الذي يسمى اليه الفرد . وتبدو اضطرابات الإرادة في أى مرحلة من هذه المراحل الثلاث .

فاضطرابات الدافعية تبدو في حالة مرضى الفصام من النوع الكاتوني . اذ تحتاج الفرد رغبات متعارضة وحادة وغير منظمة تؤدي إلى ظهور بعض التغييرات على وجهه وبعض الاشارات يديه غير ان تعارضها يحول دون اتخاذ قرار أو ظهور أى نشاط إرادى وإذا ما انفجر في نشاط معين فإن سلوكه يكون مضطربا وغير مفهوم .

أما اتخاذ القرارات فمن المعروف أنه يصعب على الشخص العادى فى كثير من الأحيان اتخاذ قرار إذا كان مريضا أو مجهدا أو مضطربا . ويلاحظ أن المرضى بالنيوروستانيا يعانون صعوبة فى اتخاذ القرارات . والمريض بهذا المرض يشعر بالاجهاد والتعب والتردد وفقدان القدرة على تركيز الانتباه ، ويحاول تعويض عجزه ببذل الجهد مما يزيد من إجهاده وتوتره . ولما كانت طاقته على بذل الجهد محدودة فإنه يتحول إلى شخص سريع الاستثارة ومندفع فى القرارات التي يتحتم عليه اتخاذها . ويؤدي شعوره بعدم الثقة فى نفسه إلى محاولة تجنب المواقف التي يتحتم عليه فيها اتخاذ قرارات مما يزيد من شعوره بالضعف والحقارة .

ونشعر عادة بعدم القدرة على إتخاذ قرارات في حالات الحزن والاكتئاب
لذا نجد المرضى الاكتئاب يعاونون من ذلك . فجرد قيامهم بالنشاط اليومي
المعتاد والمفروض فيه أن يتم آليا كغسل الوجه وتغيير الملابس يسبب لهم العناء.
وعلى العكس من ذلك نجد المريض في حالة الهوس يشعر بثقة تامة في القرارات
التي يتخذها ويضعها موضع التنفيذ ليتحول عنها إلى غيرها مادامت تسير ودوافعه
الوقتيه والمتعارضة .

وتبدو اضطرابات الفعل الارادى في انفجارات الهياج التي تعترى فئات من
المرضى بالذهان بما في ذلك المصابين بتلف في المخ . ففي حالة الهياج يقومون
بنشاط يبدو أنه متناسق وموجه توجيهيا ذاتيا ولا يستطيعون الحيدة عن هدفهم،
كما لا يستطيع أحد تفهيم عنه ولا تعرض للأذى .

ومن اضطرابات الارادة عموما العجز عن حث بعض المرضى للقيام بأى
عمل إرادى كما هو الحال مع المرضى بالفصام أو المرضى بأمراض عضوية،
وكذلك استمرار بعض المرضى قهريا بالقيام بأعمال أو تكرار الفاظ أو أفكار
لاتناسب الموقف .

الباب الرابع

العصاب النفسى

الفصل السابع

الامراض العصابية النفسية

Psychoneuroses

يخطئ البعض فيسمى هذه الامراض بالامراض العصبية ، ويرجع الاصل في ذلك إلى الاعتقاد الذي كان سائداً بأن سبب هذه الامراض يعود إلى اضطراب الاعصاب ، فلما أثبتت الدراسات خطأ هذا الزعم في كثير من الأحيان ، أُضيف إلى مصطلح « الامراض العصبية » لفظة « النفسية » فأصبحت تسمى « العصابية النفسية » ، psychoneuroses .

والامراض العصابية النفسية ليس لها من أسباب عضوية جسمية تؤدي إليها إنما هي أمراض وظيفية .

وأهم هذه الامراض القلق ، والهستيريا ، والنيوروستانيا ، والحالات الاستحواذية ، والرجع العصبي Reactive Neurosis . وتشترك هذه الامراض فيما بينها في أعراض أهمها القلق، والتوتر، والانقباض والانشغال الزائد بالأمور الجنسية ، والآلام الجسمية التي لا يوجد لها أي أساس عضوي ، والأفكار والأفعال الاستحواذية ، والخوف من الجنون ، والشعور بالضعف الجسماني عامة .

إلا أنه يلاحظ أن كثيراً من الأفراد العاديين يشكون من واحد أو أكثر من هذه الاعراض ، وهذا لا يعني أنهم مرضى بمرض عصبي نفسي ، إذ أن أهم ما يفرق بين الشخص العادي الذي يشكو من بعض هذه الاعراض وبين المريض الحقيقي ، هو أن الاعراض التي تظهر على المريض أعراض مستمرة وحادة ومزمنة . فإذا أخذنا بالرأي القائل بأن الاختلافات بين الفرد العادي والفرد

المريض بمرض عصبي نفسي هو إختلاف في الدرجة لا في النوع ، فعنى هذا أن هناك درجات مختلفة تتفاوت في حدتها . ويتفاوت جميع الناس في درجة العصائية النفسية فيهم ، وقد أيد التحليل النفسي وجود النزعة العصائية النفسية في كل فرد ، ولا تعتبر الحالة مرضاً إلا إذا عجز الفرد عن القيام بمطالب الحياة اليومية على الوجه الاكمل .

ويظن البعض أن الامراض العصائية النفسية لا تختلف عن الجنون psychoses إلا في الدرجة فقط ، وما تلك الامراض إلا حالات مخففة منه ، إذ قد ينتهى المريض بها إلى الجنون . ولقد أثبت العلم الحديث خطأ هذا الزعم ، إذ أثبت أن الجنون يختلف عن الامراض العصائية النفسية في أصله وتطوره ونتائجه . ويعود الخلط بينهما إلى الخطأ في تشخيص الاعراض الذى كان يقع فيه بعض الاطباء ، فقد يشخص أحدهم بعض الاعراض على أنها لمرض عصبي نفسي بسبب علم دراسته للحالة دراسة جيدة ، وينتهى الامر بالمريض إلى تدهور حالته وظهور أعراض مرض عتلى عليه ، فيظن المعالج أن الحالة قد تطورت من مرض عصبي إلى مرض عقلي ، والحقيقة هي أن الطبيب قد أخطأ أصلاً في تشخيص المرض في مراحله الاولى .

وقد ذكرنا في الفصل السابق أهم العوامل التى تساق للفرقة بين العصاب النفسى والنهان وفيما يلى شرح لاهم هذه الامراض .

القلق Anxiety

يظهر القلق عادة كمرض فى كل حالات الامراض العصائية النفسية ، وتشبه أعراض القلق أعراض الخوف ، من زيادة فى نبضات القلب ، وسرعة التنفس ، وجفاف اللسان وما شابه ذلك . وبعض المخاوف الضعيفة التى تستثير قلقاً حاداً

قد تحدث في مواقف نادرة لا تستدعي إستارة أى خوف أو قلق ، ولكن يبدو أن المواقف قد حلت محل مواقف أخرى تتميز المواقف الجديدة عنها في أنها تعنى الفرد من المسؤولية . فقد تستثير رؤية رجال البوليس خوفا حادا أو قلقا زائدا في فرد ما دون ما أدنى سبب ظاهر ، إلا أن رجال البوليس يمثلون السلطة ويمثلون العقاب ، فالحوف منهم هنا قد يعود إلى أن الفرد قد مر بخبرة في حياته كالسرقة مثلا هدد فيها بتسليمه للبوليس ، وانتهت هذه الخبرة ونسيها الفرد ، إلا أنها استمرت تؤثر عليه ، فيخاف من البوليس دون داع إلى ذلك . وقد يكون خوفه منهم راجعا إلى ما يرمز له رجال البوليس من سلطة ورقابة تشبه السلطة والرقابة التي كان يفرضها عليه ضميره ، وكانت تسبب له الصراع والشعور بالذنب لممارسته العادة السرية مثلا .

ويختلف القلق عن الخوف في أن للخوف سببا معروفا ومصادر محددة يمكن معرفتها . فالذى يخاف الثعابين عنده سبب معقول لخوفه . ويمكن التنبؤ بهذا الخوف . أما في حالة القلق فهناك خوف وامكن لسبب مجهول بل قد لا يوجد ثمة سبب على الإطلاق .

وقد اختلفت الآراء في تعامل أسباب القلق ، فدرسة التحليل النفسى الفرويدية تربط بين القلق وخبرات الطفولة وخاصة عقدة الخصى *Castration complex* (عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلي) والشعور بالذنب الذى يحيط بالرغبات الجنسية . ويعزوه رانك Rank إلى عقدة الميلاد ، إذ في رأيه أن عملية الولادة عملية قاسية بالنسبة للطفل وفيها يفصل الطفل عن أمه ويترك عالما كله أمن وطمأنينة ويدخل عالما مليئا بالضجة والضوضاء ، فتوضع بذور القلق أثناء عملية الولادة . والإتجاه التحليلي الجديد يرجع أسباب القلق إلى خبرات الطفولة في

علاقة الطفل الإجتماعية بوالديه حين كان الطفل معتمداً كل الاعتماد على الكبار في سد حاجاته ، وتعرض الطفل للحرمان والإهمال وفقدان الحب وغيرها من العوامل التي تستثير الشعور بفقدان الأمن الذي يخافه ، والقلق الحقيقي هو الخوف من فقدان الأمن. وقد فطنا في عرضنا لنظريات فرويديين المحدثين في تفسيرهم للقلق الأساسي ويكفي أن نذكر أن الطفل يتعرض في مراحل نموه إلى كثير من المواقف والخبرات التي تستثير فيه الخوف ، وتغرس فيه بذور القلق . فالقيود التي تفرض عليه بحكم ضعفه وحاجته للخير تشعره بهذا الضعف وهذه الحاجة ، والنتيجة الحتمية هي شعوره بهذه القيود ، وشعوره بأنه ليس حراً في نفسه ، وقد يكون هذا الشعور أكثر مما تحتمله ذاته فينشو الطفل مهدداً بالعقاب الذي قد تفرضه عليه هذه القيود إذا خرج عليها . والخوف من العقاب يستثير القلق الذي أصبح دافعاً لتحايل هذا العقاب ، ويكون العقاب في الخروج على تقاليد الجماعة وعرفها ، وقد يكون في الشعور بالعزلة ، أو في فقدان المال أو المركز أو فقدان الصحة ، وكل هذه الأمور خليقة بأن تستثير القلق كدافع ، والتوتر الناجم يدفع الفرد إلى إزائه بأن يكون - لو كان في - مدود تجنبه العقاب . والدين بإنذاره بالعقاب يعد من العوامل التي تستثير القلق ، فقد قامت الأديان كلها على التهديد والوعيد وتحكيم سلطة عليا ترهب الفرد في تصرفاته ، فإن نجا الإنسان من عقاب المجتمع ، فلن ينجو من عقاب هذه السلطة العليا ، وهذا وحده مدعاة لاستشارة القلق . وكل موقف يستغل فيه التهديد بالعقاب ، يكون الدافع الحقيقي للتصرف فيه هو القلق .

المستيريا

سمى اليونان هذا المرض بمرض الرحم ، وسمى في العصور الوسطى بمرض الشيطان ، وكثيراً ما اجتاحت الموجات المستهزية أديرة برمتها بعدوى الإيحاء .

ويتميز هذا المرض بالتلون ، إذ كثيراً ما يعطى كل الأعراض المرضية مما قد يؤدي إلى الخلط في التشخيص .

ويتميز المصاب بالمستيريا بالطفلية في سلوكه ، والآنانية ، وتجنب تحمل المسؤولية ، وبالثرة ، كما أنه يمثل بارع يغالى في التعبير عن إنفعالاته ، متقلب فيها ، شديد الحساسية ، يبكي ويضحك لآفته الأسباب ، ويميل إلى اكتساب عطف الناس عليه ، كثير الشكوى ، يرغب في أن يكون محور الإهتمام ومركز العناية ، كما أنه إجتماعى يحب الإختلاط ، ويسهل التأثير عليه بالإيجاء مما يهيئه لإمتصاص إنفعالات من حوله بسرعة لشدة حساسيته ، فيبكي إذا بكى الآخرون ويضحك إذا ضحكوا ، إلا أن إنفعالاته مؤقتة مما قد يدعو إلى التشكك في إخلاصه ، فإن أحب فبعنف ، وإن كره فبحدة إلا أن عواطفه هذه لا إستمرار فيها ولا عمق ، إذ قد تنقلب فجأة من حالة إلى حالة ، لذا فالشخص المستيرى لا يستطيع أن يحب كما لا يمكنه أن يكره . وقد يشكو المريض من آلام جسمية متعددة تنتقل من عضو إلى عضو في جسمه ، وقد تظهر أعراض شلل في أحد أطرافه ، أو فقدان الحساسية في جزء من أجزاء جسمه ، وقد يصاب بالعمى أو الصمم أو القىء ، وما إلى ذلك من الأعراض دون أن يكون لآى منها أى أساس جسمى . وتتميز هذه الأعراض بفقدان العضو المصاب للقدرة الوظيفة التى كان يؤديها للفرد ، وتسمى هذه بالمستيريا التحويلية .

ويشخص الطبيب المعالج مرض المستيريا في حالة ظهور الأعراض الجسمية بالفحص الجسمى العام ، واختبار الأفعال المنعكسة للمريض ، فإذا ما إستبعد احتمال الأسباب الجسمية بحث في الموقف الذى بدأ فيه ظهور المرض ، إذ يؤدي هذا في كثير من الأحيان إلى إثبات عجز المريض عن مجابهة موقف شاق عسير عليه ،

كالفتاة التي تزوج وهي كارهة ، فتصاب بالشلل أو العمى في اليوم المحدد لوفاتها ، والشاب الذي يعتره ألم في معدته وفي يوم الإمتحان فيستحيل عليه الذهاب لتأديته .

ويفسر ظهور العرض في العضو المعين بأحد تفسيرات ثلاثة :

أولها : حالة هذا العضو السابقة ، إذ قد يكون العضو نفسه ضعيفا أصلا ، فيسبب هذا الضعف المجال لظهور العرض فيه . كالشخص الذي تعرض لأمراض في العين ، فيظهر العرض المستيري عنده في شكل إصابة بالعمى .

وثانيها : الوظيفة التي أداها العضو المصاب في مواقف سابقة حقيقية في حياة الفرد فإذا كان الفرد قد مر بخبرة مخيفة أفزعته - ومن أعراض الخوف الشعور بضيق في التنفس - فإن مجرد استثارة الخوف عنده بعد ذلك لعامل شعوري أو لاشعوري ، يؤدي إلى الشعور بأزمة من أزمات التنفس التي تشبه في حالتها حالة ضيق التنفس أثناء الخوف الذي مر به في الموقف السابق .

وثالثها : قيمة العضو الرمزية ، فالشاب الذي يقاسى من صراع وشعور بالذنب لممارسة العادة السرية ، قد يشعر بشلل في يده أو ذراعه كله بحكم أنه لم يستطع ذلك العضو كآلة مساعدة في أداء هذه العملية .

وبما يجب أن نؤكد أن هذه الأعراض ليست أعراضا مصطنعة ، إذ لا إدعاء فيها ولا تزيف من ناحية المريض ، فهي حقيقية بالنسبة له ويشعر معها بالألم فعلا

ولمن يلاحظ ذلك المستترا في حالات انقسام الشخصية ، سيلاحظ فيها وجود شخصيتين أو أكثر في نفس الفرد ، ولكل منهما ذاتها المستقلة التامة ونشاطها التي لا تدرك عن غيرها ، الشخصيات الأخرى ، أي شيء لا يولد لها حقيقة الشخصية كالانفصال في حياة الفرد ، وهذا لما لا يتجاذرة ، ونحن نأمنها قصيرا ، كثيرا ليجعلنا ونستريحها .

وقصة « سيدة الأقمار السبعة » . وقد تشكك الكثيرون في صحة هذه الحالات ، ويرى بعضهم أن الشخصيات المختلفة قد توجد في الشخص بإيحاء من المعالج لأن الشخص الهستيرى يسهل الإيحاء إليه عادة .

ومن حالات الهستيريا أيضا حالات فقدان الذاكرة Amnesia وغيرها من حالات الغيبوبة ، وتضطرب الحياة العقلية الشعورية في هذه الحالات عادة ، فينفصل جزء منها ويسيطر على الفرد في شكل فكرة أو عدة أفكار تبعد بقية حياته العقلية الأخرى ، فينسأها وينسى معها اسمه واسم عائلته ومكان إقامته ، ويتصرف بشكل آلي مع شعوره بأنه قد فقد شيئا ، فيحاول البحث عنه ، فإذا كانت هذه الحالة مصحوبة بالرغبة في الهرب ، فقد يعثر على هذا الفرد متجولا بعيداً عن محل إقامته دون هدف ويطلق على مثل هذه الحالات التجول الهستيرى Hysterical Fugue .

ويجب علينا أن نميز بين ردود الأفعال الهستيرية وبين الشخصية الهستيرية ، فكل فرد عرضة لأن يستجيب بشكل هستيرى في مواقف معينة ، ويختلف هذا عن الشخصية الهستيرية في أن نمط سلوكها كله يتميز بالميزات السابقة التي تطبع تاريخ حياتها .

كان « شاركو » Charcot أول من درس الحالات العصائية النفسية في عدد كبير من الأفراد في أواخر القرن التاسع عشر ، وهو الذي بين أن الأعراض الهستيرية يمكن إيجادها وإزالتها بالإيحاء ، وفي رأيه أن الهستيريا تعود في أسبابها إلى ضعف في الجهاز العصبي ، وهذا الضعف يهي الفرد لأكساب الأعراض الهستيرية بالإيحاء ولم ير أن الأسباب النفسية أسباب أساسية في هذا المرض . ويرجع الفضل إلى « جانيت » Janet حوالى هذا الوقت أيضا في إظهار الأسباب

النفسية لهذا المرض . ففي رأيه أن الهستيريا ماهرة إلا وردود أفعال عاطفة مكتسبة وتعود الأعراض الأساسية فيها إلى تغلب اللاشعور على الشعور، وذلك بانفصال بعض عناصر المجال الشعوري كفكرة أو إنفعال أو نمط من الحركات عنه وإستقلالها عن بقية شخصية الفرد ، وعجز الفرد عن السيطرة عليها ، فتؤدي هذه العناصر المستقلة إلى ظهور الأعراض المختلفة في شكل حاد لإثبات إستقلالها . وتفسير جانيت للهستيريا تفسير سيكولوجي ، إلا أنه كان يعتقد أن العوامل الجسدية كال تعب والإنفعالات العنيفة ، ومظاهر التغير المختلفة في المراهقة ، تؤدي إلى التأثير في الجهاز العصبي ، والتقليل من قدرته على المقاومة ، فيؤدي هذا إلى تهيئة الإستعداد للمرض .

وكان فرويد أحد الذين ساعدوا على دراسة هذا المرض ، ففي رأيه أن كل عرض من أعراض الهستيريا إنما يرمز إلى رغبة جنسية مكبوتة ، وتكبت هذه الرغبات لأن المجتمع يحرم تحقيقها ، فتظهر الرغبة المكبوتة مصاحبة لإنفعال أو فكرة أو إستجابة يتقبلها المجتمع فيتحول الصراع العقلي إلى عرض جسماني .

وتفسر الهستيريا طبقا للتفسير الباقلوني على أساس ضعف القشرة المخية وبالتالي ضعف جهاز الإشارة الثاني مما يؤدي إلى سيطرة جهاز الإشارة الأول . فضعف القشرة المخية عموما يؤدي إلى سيادة طبقات ماتحت القشرة التي تعتبر مسئولة عن الصورة الإكلينيكية التي يعطيها مرض الهستيريا لأن طبقات ماتحت القشرة تحتوي على مراكز الأفعال المنعكسة غير الشرطية التي تعتبر غريزية في معظمها والتي تحول القشرة إذا كانت قوية دون ظهورها .

وتعزى معظم الاضطرابات الجسدية في الهستيريا إلى الكف الذي يتكون في خلايا القشرة ، إذ تؤدي الأفكار والمنبهات الخارجية إذا كانت قوية إلى

كف هذه الخلايا ، والنتيجة ظهور أعراض كالشلل والصمم والعمى .
ولما كان الشبه كبيراً بين الخلق الهستيرى وسلوك الطفل فذلك لأن الطفل
لم تتطور لديه بعد القشرة المخية إلى مستوى النضج وتلعب طبقات ما تحت القشرة
دوراً هاماً في سلوكه . وفي الهستيريا تتخلص طبقات ما تحت القشرة من أثر القشرة
الضعيفة ، لهذا يتسم السلوك الهستيرى بالانفعالية . وتصطبغ معظم أفكار
المريض بانفعالاته .

ولما كان الهستيرى يلفق كثيراً من القصص التى ينسجها خياله ويكرر هذه
القصص حتى تصبح واقعا بالنسبة له ، فإن هذا يعزى إلى الكف الخارجى
(التوالد السلبى) إذ تحاط بؤر الإستارة بمناطق كف قوية تحول دون وصول
المنبهات الخارجية إليها .

ويقوم علاج الهستيريا على الإيحاء والشرح والتويم المغناطيسى . وقد استعمل
فرويد التويم المغناطيسى ، فلما ثبت عدم نجاحه تحول إلى التحليل النفسى مما
سنتعرض له بالشرح فى فصل قادم . وليس مجرد الإيحاء أو الشرح بكاف لشفاء
المريض ، إذ كثيراً ما تختفى الأعراض بهذه الوسيلة ، وبعد مدة تظهر على المريض
أعراض أخرى فى شكل آخر والشخص الهستيرى إذا وجد عملاً يستغل فيه
طاقته ونشاطه الزائد ونهيات له سبل النجاح فيما يعمل فإن هذا يعوضه عن
شعوره بالنقص ويرد إليه ثقته بنفسه ويصرفه عن تركيز إهتمامه وتفكيره حول
نفسه مما يساعد كثيراً فى علاجه .

ولما كانت ردود الأفعال الهستيرية متعلية وطفلية يستخدمها الهستيرى لاشعوريا
لتحقيق رغباته ، فالعلاج فى أساسه عملية إعادة تعليم وإعادة تربية كما ينادى
ماير وأتباعه .

ويجدر بي أن أشير هنا إلى حفلات الزار التي تتبع في مصر كطريقة للعلاج .
فمعظم حالات « الزار » ، حالات هستيرية ، ولا شك أن تفسير فرويد لهذا المرض
ينطبق على كثير منها . فثقافتنا بما تفرضه على التعبير عن الدافع الجنسي من قيود
تعمل على كبت هذا الدافع ، فتظهر الرغبات المكبوتة في شكل أعراض مرضية
تشفيها حفلات « الزار » التي تتحرر فيها المرأة من كثير من القيود ، فتتقزز
وترقص وتزين وتكشف عن نفسها كيف شاءت ، إلى جانب الاهتمام الزائد
الذي تكسبه من أسرتها أو من زوجها في حالة مرضها ، والنفقات التي يتكبدتها
الزوج أو الأسرة عقابا لهم على القيود التي يحيطونها بها أو لعدم إشباع الزوج
لرغباتها . وقد يفيد الزار في حالات كثيرة ، إلا أن فائدته مؤقتة مما يؤدي إلى
تكرار حفلاته في فترات متفاوتة فيقضى على الأعراض ولكنه لا يقضى
على المرض .

وقا حاول سييمى Ciempi حديثا (١٩١٦) في سويسرا تتبع أفراد مجموعة
تتكون من ٣٨ من المرضى بالمستيريا (٢٩ من الإناث و ٩ من الذكور)
وكان السن في المجموعة يتراوح ما بين ١٥ ، ٦٤ سنة حين دخول أفرادها المستشفى
لأول مرة بتشخيص المستيريا . أعيد الفحص بعد حوالي ٢٣ سنة في المتوسط من
تاريخ الابداع بالمستشفى لبيان ما آل إليه أمر هؤلاء الأفراد فبين ما يلي :-

- ١ - تختفي أعراض المستيريا التحولية بالسن في معظم الحالات .
- ٢ - تحل محل هذه الأعراض بعض المشكلات الانفعالية وتكون في العادة
في شكل اكتئاب ، وقلق وأعراض جسمية ، والشكوى الدائمة من المرض .
- ٣ - تبين أن سمات « الشخصية المستيرية » لا تعدل إلا قليلا بالسن .
- ٤ - كما وجد أن المستيريين المسنين لا يتقبلون عادة حقيقة تقدمهم في السن
أو اقترابهم من الموت ، ويستخدمون بحرية عمليات الانكار والكبت .

٥ - كثيراً ما يؤدي التوافق الاجتماعي ، وأحياناً الصحة الجسدية إلى الصحة النفسية .

٦ - يعزى التحسن في حالة الكثيرين إلى تدعيم الأنا وضعف القوى الغريزية أو التوافق الذي وجدته في وجود علاقة مشبعة .

العصاب القهري (الحواذي)

Obsessive- compulsive neuroses

تتميز الحالات القهرية بأنها تسيطر على الفرد وتستحوذ عليه في شكل فكرة أو خاطر يعجز الفرد عن التخلص منه كذلك الذي تساوره رغبة في قتل أبيه فيحاول التخلص من هذه الرغبة إلا أنها تجد سبيلها دائماً إلى فكره ، وهذه تسمى بالأفكار القهرية أو الحواذية Obsessions . وقد يسيطر على الفرد عمل من الأعمال لا يرى مفراً من القيام به برغم إدراكه لعدم جدواه وسفاهته ، كالشخص الذي يجده نفسه مرغماً على أن يغسل يديه كل خمس دقائق ، ولا يطمئن بآله حتى يقوم بهذا العمل . Compulsions

ومن الحواذين من يمتلكهم التردد والشك الدائم في قدراتهم . ويقضون الساعات في محاولة لاتخاذ قرار في مشاكل تافهة ويعجزون عن البت فيها ، وهؤلاء تعوزهم الثقة بالنفس ويصيبهم القزع والقلق والشعور بالضعف كلما صادفتهم مشكلة .

وبدراسة نزلاء المستشفيات في أمريكا وجد إنجرام Ingram (١٩٦١) أن نسبة المرضى بالحواذ تصل إلى ٥١٪ ، ونسبة الانجاب بينهم إلى ١٠١٪ . ويأتي هؤلاء المرضى عادة من مستويات إجتماعية أعلى من المستويات التي تأتي منهاقات العصاب الأخرى كما أنهم أعلى ذكاء . وظهرت أعراض المرض في الطفولة في حوالي ٣١٪ من النزلاء . كما ذكر أن الشفاء التلقائي ليس أمراً مألوفاً وإن كان التحسن

أمراً مألوفاً ، ولا يحدث العجز التام إلى في قليل من الحالات .

وقام كرينجلن Kringleen (١٩٦٥) في الترويج بتتبع نزلاء المستشفى من الحواذيين في الفترة ما بين ١٩٤٢ - ١٩٤٩ . وظلت عمالية التتبع لفترة ما بين ١٣ سنة ، و ٢٠ سنة بالزيارة والفحص الطبي الدوري فوجد أن السمات الحواذية توجد عادة في أسر حواذية تقسم بالشدة والتعسف البيوريتاني في تنشئة الاطفال ، والاصرار على النظافة والطاعة ، وقد بدأ المرض عند حوالى نصف عدد المجموعة قبل سن العشرين . وكان متوسط العمر عند الايداع في المستشفى ٢٤ سنة للرجال و ٢٦ سنة للنساء . وقد تبين في التتبع أن ستة قد ماتوا من بينهم حالة واحدة كان سبب الموت هو الانتحار ، بينما تحسنت حالة حوالى ٢٥ ٪ من أفراد العينة ، وتحول الحواذ عند ستة أفراد إلى ذهان ، أما البقية فلم تتغير حالتها .

وقام جريمشو Grimshaw (١٩٦٥) في إنجلترا بتتبع المرضى بالحواذ الذين وردوا إلى المستشفى في منشستر في المدة ما بين ١٩٤٥ - ١٩٥٩ لفترة تراوح في المتوسط بحوالى خمس سنوات . وقد تبين أن الأعراض قد تحسنت في حوالى ٦٤ ٪ من الحالات ، ويمكن القول أن نسبة تصل إلى حوالى ٧٧ ٪ قد بلغت حداً مقبولاً من التكيف الاجتماعى .

ويذكر إهر نوالد (١٩٦٠) Ehrenwald أن أنماط السلوك الحواذى قد تنتشر بين أفراد الأسرة وفي المجتمع عن طريق العدوى أى اشتراك عدد من الأفراد في سمات أو اتجاهات مرضية غير مقبولة . فبدراسته لأربعة أجيال لأسرة مريضة بالحواذ يرى أن العدوى النفسية قد تؤدي إلى نشأة أعراض بمائة أو غير مائة .

ويجمع المحللون النفسيون على أن البيئة التى ينشأ فيها المريض بالحواذ تكون

عادة متزمتة ، يتصف فيها الأبروان بالسلط والتمسك بالمعايير الحلقية الجامدة والسلوك الناهى عن الانحراف. ويرون أن التكوّن إلى المرحلة الشرجية السادية هو الأساس في تكوين العصاب القهرى : والأعراض الحواذية ما هي إلى صورة حادة لسمات الشخصية الشرجية التي تتصف بحب النظام والنظافة والعند والبخل والجود .

ويفسر العصاب القهرى في نظرية بافلوف عن أساس وجود خلل في العلاقة بين جهازى الإشارة الأول والثانى مع سيطرة جهاز الإشارة الثانى وبالتالى اضطراب العلاقة بين القشرة المخية وطبقات ما تحت القشرة . ومن العوامل المرضية المساعدة الاجهاد العصبي للعمليات العصبية في المواقف الصعبة وكذلك الأمراض الجسمية .

النوروستانيا

Neurosthenia

كانت النوروستانيا تطلق قديما على كل الحالات العصابية النفسية التي تصاحبها أعراض جسمانية ثم أصبحت تطلق على الحالات التي تبدو فيها على الفرد أعراض تشبه الإجهاد العقلي والجسماني ، فيبدو المريض شاحب الوجه مجهداً عاجزاً عن القيام بأى مجهود جسماني أو عقلي ، وإذا أرغم على ذلك يصاب عرقاً وتخاذلات قواه . ويشعر المريض بالنوروستانيا بالتوتر ويعجز عن الاسترخاء ويستحيل عليه النوم ، وإذا نام لا يشعر بعمق النوم ويستيقظ في الصباح مجهداً .

وكان فرويد يعتقد في يوم من الأيام أن أعراض النوروستانيا تنتج من الإفراط في العادة السرية ثم عدل عن ذلك وأعطى الأرجحية لعدم الوصول إلى الإشباع الجنسي في العادة نتيجة للقلق والشعور بالذنب الذي يصاحب الناحية الجنسية عادة

وتتنوع الاعراض الجسدية في النيورستانيا تنوعاً كبيراً تبعاً للتكوين الجسدى للفرد وتاريخ تطور شخصيته . وتبدو فى الصورة إما أعراض تقلصية كتعبير عن محاولات لايقاف التفريغ الانفعالى مثل للتشنجات العضلية والامساك والصداع أو انفجارات لا إرادية للتفريغ مثل الاسهال والعرق والرعدة والشعور بعدم الراحة .

ويتم انتقال تدريجى من أعراض النيورستانيا إلى ما يسمى بالعصاب العضوى organ neurosis حيث تصبح الاعراض نوعية ومخصصة . ويقصد بالعصاب العضوى الاضطرابات النفسجسمية والتي يمكن تمييز أربعة أنواع منها :-

١ - الاضطرابات الجسدية التي ترمز لحالات إنفعالية وتعتبر بديلة لها . إذ كثيراً ما تتم التعبيرات الجسدية المصاحبة لانفعالات معينة دون أن يخبر الفرد الانفعال نفسه ودون أن يدرك المعنى الانفعالى للتعبيرات الجسدية التي تطرأ عليه . فقد يحدث على سبيل المثال أن يحل محل الهياج الجنسى إحساسات أو اضطرابات فى الأمعاء أو الدورة الدموية أو الجهاز التنفسي وتبدو مثل هذه الاضطرابات مجردة من مضمونها الجنسى وهي فى الواقع بديلة للانفعال الحقيقي .

٢ - الاضطرابات الجسدية الناتجة عن التغيرات الكيميائية فى الشخص الذى قمت إندفاعاته وأحبطت ، فيظل مستوى التوتر عنده عالياً .

٣ - الاضطرابات الجسدية الناتجة عن اتجاهات لا شعورية أو أنماط من السلوك أسبابها لا شعورية .

٤ - اضطرابات تنتج عن مزيج من الحالات الثلاث السابقة .

وقد تصبح النيوروستانيا مزمنة عند البعض ، ويعانى المتدفعون والمدمنون ، ومن آفتابهم نوبات الإكتئاب من النيوروستانيا المزمنة .

ولما كانت الأعراض العصبية خاصة الجسمية منها كثيراً ما تكون مؤلمة للفرد يعجز الفحص الطبي عن بيان أسبابها تدخل هذه الآلام تحت ما يسمى بعصاب المرض الوهمى Hypochondriasis .

وتفسر المدرسة البافلوفية النيوروستانيا على أساس ضعف عملية الكف الداخلى . فالمعروف أن عملية الكف تؤدي إلى إيزان عملية الاستثارة وتستعيد خلايا المخ نشاطها في حالة الكف وحدها . ويعتمد النوم على عملية الكف الداخلى ولما كان الاضطراب يعترى هذه العملية في النيوروستانيا يصبح النوم مضطرباً عند المرضى بهذا المرض . فتقل كفاءة الخلايا العصبية ويعترى الاجهاد المريض بسهولة ويضطرب إنتباه المريض لنفس السبب . فالفرد إذا ما حاول القيام بعملية معينة تتكون بؤرة للاستثارة في القشرة المخية ويتكون حولها نطاق من الكف ويؤدي ضعف الكف إلى تكوين بؤر جديدة من الاستثارة ، ويؤدي تكوينها إلى أن يجذب إنتباه المرء أى منه مما كان ضعيفاً .

وتعزو هذه المدرسة النيوروستانيا إلى الاجهاد الجسماني والفكري ، وعدم الراحة ، والضغط الانفعالية الطويلة المستمرة وعدم كفاية النوم . وتعتمد في العلاج على إعطاء الراحة التامة للمريض واستخدام المهدئات لتقوية عمليات الكف لاستعادة الخلايا العصبية لكفاءتها .

الرجع العصبي

Reactive neuroses

يطلق «الرجع العصبي» على الحالات التي ينهار فيها الفرد نتيجة لكارثة حقيقية أملت به كفقْدان الثروة ، أو الفشل في الحب وما إلى ذلك . فتبدو عليه أعراض الإنهيار من قلق وعدم استقرار وخوف وإكتئاب وبكاء مستمر وعجز عن القيام بمطالب الحياة اليومية وقد يخشى عليه من محاولة الانتحار . وتختلف حالات الإكتئاب هنا عن حالات الإكتئاب في بعض أمراض الذهان إذ أن الإكتئاب العصبي يكون له سبب حقيقى فى حياة الفرد إلا أن إستجابة الفرد للموقف كانت إستجابة حادة ولولا إستعداد الفرد للإكتئاب وللعصاب النفسى لتغلب على الموقف ولجأ به المشكلة بحل عملى . ويزول الرجع العصبي بزوال الموقف الذى أدى إليه . ويعالج حاليا بالصدمات الكهربائية التى يرجى أن تساعد الفرد على التغلب على أزمته فى وقت قصير وإن كان علاج مثل هذه الحالات لا زال يتطلب وقتا طويلا .

الفصل الثامن

تفسير العصاب النفسي

استعرضنا في الفصل الثاني في عرضنا للفكر المعاصر الإطار العام لبعض النظريات المعاصرة التي تفسر أسباب الأمراض العقلية والنفسية وسنحاول في هذا الفصل إبراز تفسيرات بعض هذه المدارس للعصاب النفسي بالذات وخاصة فرويد ولاريك فروم ، وكارن هورني ، والمدرسة المسماه بمدرسة الذات ، وبافلوف .

١ - فرويد :

العصاب النفسي في التفسير الفرويدي كما سبق أن بينا نتيجة للصراع بين المطالب الغريزية والقوى الدفاعية للآنا . والمطالب الغريزية عادة جنسية وعدوانية ومحورها عقدة أوديب التي تلخص في منافسة الابن لآبيه في حب الأم والرغبة في الاستحواذ عليها .

ويميز الفرويديون بين الأعراض العصابية **neurotic symptoms** والحلق العصابي **neurotic character** . ففي الأعراض العصابية يحدث شيء ما يخبره المريض كشيء غريب أو غير مفهوم . وقد يكون هذا الشيء حركات لا إرادية أو تغيرات وظيفية جسمية وإحساسات مختلفة كما هو الحال في الهستيريا ، أو قد يكون هذا الشيء انفعالا معينا أو مزاجا معينا ليس له ما يبرره كما هو في حالات القلق أو الاكتئاب ، أو قد يكون اندفاعات أو أفكار غريبة كما هو الحال في الحواذ . وتعطى كل الأعراض انطبعا بأن هناك شيئا ما يفرض نفسه على الشخصية

مصدره غير معلوم . وهذا الشيء قطع المسيرة العادية للشخصية وأخل بأهم شيء تتميز به وهو الاستمرار . وغنى عن الذكر أن هذا العامل الدخيل لا يمكن السيطرة عليه .

أما في الحلق العصبي فيبدو أن اضطراب الشخصية والخلل الذي طرأ عليها لا يعزى إلى حادثة أو شيء معين أخل باستمرارها إذ تبدو الشخصية مشوهة وممزقة ومستغرقة في المرض إلى حد نعجز معه القول متى بدأ العرض ومتى انتهت الشخصية .

وعلى الرغم من الاختلافات بين « الأعراض العصابية » ، والخلق العصبي ، فإنه يجمع بينهما عامل مشترك هو أن الأسلوب العادي المعقول لمقاومة مطالب الحياة الخارجية ومطالب الاندفاعات الداخلية قد حل محله ظاهرة غير معقولة تبدو غريبة ، ولا يمكن التحكم فيها إراديا ولما كانت وظيفة العقل السوية يتحكم فيها جهاز ضبط ينظم ويوجه ويكشف القوى الغريزية والبدائية بنفس الطريقة التي تتحكم بها القشرة المخية في تنظيم وتوجيه وكف اندفاعات الطبقات الأعمق من المخ ، فإنه يمكن القول بأن العامل المشترك في كل الظواهر العصابية هو عدم كفاية « جهاز الضبط العادي لدى الانا » .

ويمكن فهم الظاهرة العصابية على أنها تفريغات اضطرابية لا إرادية حل محل التفريغات السوية لعدم كفاية الضبط لدى الانا وتأتي عدم الكفاية إما بزيادة شحنة المنبهات الواردة ، فتزيد الإستثارات عن الحد فيصعب السيطرة عليها ويقال في هذه الحالة عن هذه الخبرات بأنها صدمة traumatic ، وإما بإحاطة التفريغ أو انقاصه بما يؤدي إلى تخزين التوترات في داخل الكائن الحي فيصبح أثر أي إستثارة عادية كأثر الإستثارات الصادمة .

وأحسن مثل للنوع الأول الخبرة التي يمر بها كل فرد بعد الحوادث الصادمة البسيطة كالتعرض لحوف مفاجيء مثلا . إذ يبدو الفرد متفعلا ويستمر كذلك فترة من الزمن وإن كانت بسيطة إلا أنه يعجز أثناءها عن التفكير في أى شيء أو الانتباه لأى شيء آخر سوى الحادثة التي مر بها ومصدرها . إذ يكررها في ذهنه ووجدانه عدة مرات حتى يعود إليه إستقراره . ويمكن شرح مثل هذا العصاب الناتج عن صدمة بسيطة باجتياح إضطراب يصعب السيطرة عليه ، ومحاولة الفرد السيطرة على الموقف . ويمكن شرح العصاب الناتج عن صدمات كهصاب الحرب بنفس المنطق .

أما النوع الثانى الذى يتميز بإعاقة التفريغ ويسمى بالعصاب النفسى فيمكن شرحه فى ضوء نتائج ما توصل إليه علماء النفس التجريبيون فى المعامل فيما يسمى « بالعصاب التجريبي » ، إذ كان الحيوان يتعلم أنه بالاستجابة لمنبه معين سوف يجد الطعام فى مكان معين ... والطعام خبرة مشبعة . بعد ذلك يقوم المجرى بتغيير الموقف فبدلاً من أن يجد الحيوان الطعام فى المكان الذى عرفه يجد عقاباً أو أن الحيوان كان يجد الثواب نتيجة للاستجابة لمنبه معين ويجد العقاب نتيجة لمنبه مماثل ولكن يفترق عنه فى درجته . يغير المجرى من الموقف ، ليجعل تقارباً فى الدرجة بين المنبهين حتى يصبح الحيوان عاجزاً عن التمييز بينهما . وفى هذين النوعين من التجارب كان الحيوان يقبع فى صراع ويكون فى موقف شبيه بمواقف العصاب الصادمة فيتنشط فى سلوكه ، والسلوك الناتج إضطرابى لا إرادى لا يتحكم فيه الحيوان . وهذا السلوك طارىء . وفى العصاب يكون الموقف مماثلاً إذ توجد إندفاعات معاقة فيتولد توثر يتم التفريغ عنه بسلوك طارىء . إذ يكون هناك دفاع من الأنا ضد غريزة تسعى إلى التفريغ . وينشأ صراع بين سعى الغريزة

والقوى الدفاعية للأناتم حالة تخزين ، وأخيراً أعراض عضائية ليست إلا
تفريغات مشوهة كنتيجة لحالة التخزين . وهذا نوع من التوفيق بين القوى
المتصارعة . والعرض المرضي هو الخطوة الوحيدة في هذا التطور التي تبدو للعيان،
أما الصراع وتاريخه ودلالة الأعراض فكلاهما لا شعورية .

٢ - إريك فروم :

إذا كان الفرويديون يرون أن العصاب توجد بذوره في صميم العقدة المسماة
بعقدة أويديب التي تقوم على التنافس بين الابن وأبيه من أجل الأم ، والهزيمة
الحمية التي تلحق بالابن في مثل هذا التنافس بما يصاحبه من شعور بالذنب والضعف
فإن إريك فروم يرى أن الصراع بين الابن وأبيه لا يقوم أصلاً على الرغبة الجنسية
غير المشروعة لدى الابن نحو أمه كما يدعى الفرويديون ، ولكنه يقوم على رغبة
الابن في التحرر من السلطة الأبوية .

وقد سبق لنا أن ذكرنا أن فروم يفرق بين السلطة الموضوعية التي تقوم على
كفاءة من في يده السلطة والتي تستخدم عادة للتوجيه والبناء ، وهذه السلطة تكون
عادة معقولة ومقبولة ، والسلطة غير الموضوعية وغير المعقولة والتي تستند إلى
القوة والقمع والتسلط وخوف المقيهورين وطاعتهم العمياء . وهو يرى أن السلطة
في معظم الثقافات تكون عادة غير معقولة . فالناس يتكيفون لأدوارهم التي تحددها
الثقافة لهم بالتنازل عن جزء من إرادتهم وإبتكاريتهم وتلقائيتهم . ويتوقف بقاء
المجتمعات واستمرارها على مدى نجاحها في تطبيع أفرادها باخلاقيات معينة تجعلهم
يرغبون في التصرف بالشكل الذي تحدده الثقافة لهم . وتمثل سلطة الآبوين
سلطة المجتمع ، وتكون عادة إنعكاساً له وإنعكاساً لأخلاقياته المرغوبة . ولما
كانت الأسرة مسئولة عن إعداد الأبناء للمجتمع الذي يعيشون فيه فهي تمارس

سلطانها لتحقيق ذلك ، وهي سلطة غير معقولة وتؤدي في العادة إلى تحطيم إرادة الطفل وتلقائيته واستقلاله. غير أن الإنسان لم يخلق ليتطعم. فيكافح الطفل ضد هذه السلطة من أجل حريته ومن أجل تحقيق ذاته . وينجح بعض الأطفال في ذلك غير أن غالبيتهم يفشلون إلى حد ما في هذا الكفاح ويبدو هذا الفشل في صور متعددة . ومهما يكن شكل هذه الصور فالجراح المتخلفة عنه ضد السلطة غير المعقولة توجد دائما في صميم كل عصاب . وتبدو هذه الجراح في شكل أعراض تتمثل في ضعف أو شلل ينحى بإبتكارية الفرد وتلقائيته وضعف الذات والفردية. وتأتي أهمية العامل الجنسي من القيود التي يفرضها الآباء على وظائف الطفل الجسدية عامة ومنها الناحية الجنسية . إذ تؤدي القيود التي يفرضها الآباء عليها إلى شعور الطفل بالذنب وتصبح هذه الناحية تبعا لذلك مصدراً دائماً لهذا الشعور. ويؤدي الشعور بالذنب إلى تحطيم إرادة الطفل وخضوعه ، إذ يستخدم الآباء هذا الشعور لإخضاع الطفل . وليس هناك أقوى من إشعار المرء بأنه سيء وردىء لتحطيمه وإذلاله . وكلما زاد شعوره بالذنب كلما كان من السهل إخضاعه لأن السلطة تكون قد أكدت سيطرتها بحقها في الإتهام وما يبدو كشعور بالذنب إنما هو في الواقع خوف من إغضب أولئك الذين يخشاهم الفرد ويخافهم . وهذا الشعور هو المشكلة الخلقية الكبرى التي يعاني منها الإنسان .

ويرى إريك فروم أنه ليس من الضروري أن يؤدي الكفاح من أجل الحرية والهزيمة فيه إلى العصاب وإلا اعتبرنا معظم الناس مرضى بهذا المرض . إن معظم الناس بدلا من أن يصابوا بالعصاب يلحقهم ما يمكن أن نسميه بالتشويه . فإذا سلمنا بأن الحرية والتلقائية هما الهدفان الموضوعيان اللذان يجب التوصل إليهما ، فإن فشل المرء في تحقيق ذلك يؤدي إلى إصابته بالتشويه . فإذا فشل معظم أعضاء مجتمع بعينه في تحقيق الحرية والفردية والذاتية والتلقائية نتجت لدينا ظاهرة يمكن أن نسميها "تشويها اجتماعيا" نظيا ، يشترك فيه الفرد مع غيره من أفراد

مجتمعه ، وهذا يؤدي إلى عدم وعى الفرد بما فيه من تشويه وتقصص ، ولن يشعر بأن هناك ما يهدد ذاته وكيانه لعدم شعوره بالإختلاف عن غيره . وقد يرتفع بتشويهه إلى مستوى الفضيلة في مجتمعه فيعطيه ذلك شعور بالكفاءة والتحصيل ويحميه بالتالي من العصاب الذي لا بد أن يلحقه في ثقافة أخرى تكشف عن عاهته وبصاف بالوحدة والعزلة .

٣ - كلرن هورنای :

تتكلم كلرن هورنای عن العصاب الخلقى Character neurosis لا العصاب الموقنى Situation neurosis . فالعصاب الموقنى يطلق على ردود أفعال الشخص لموقف خارجى ملئ بالصراعات ولولا الموقف لما اضطربت الشخصية . أما فى العصاب الخلقى فالإضطراب يكون فى الشخصية بعرف النظر عن المواقف الخارجية فى حياة الفرد علما بأن لهذه المواقف إذا كانت معينة فإنها خليفة بأن تكشف الاضطرابات المستترة وتبرزها . واضطراب الشخصية عادة له تاريخ فى حياة الفرد . وكثيراً ما يبدو العصاب الخلقى وكأنه عصاب موقنى . إذ يبدو الموقت وكأنه السبب فى نشأة العصاب غير أن الدراسة كثيراً ما تبين أن سمات الشخصية المضطربة كانت موجودة منذ زمن طويل قبل نشأة المواقف التى أبرزتها .

وتركز هورنای إهتمامها على الاضطرابات الخلقية دون الاعراض لأنه من الممكن شفاء الاعراض دون شفاء المرض . والصراعات التى تؤدي إلى العصاب تتصل بطروف الحياة فى ثقافة معينة . ومعنى هذا أنها ليست محكومة بالطبيعة البشرية . فالعصاب أسبابه ثقافية ، نظراً لأن الدوافع والاهداف ومواقف الصراعات تختلف من ثقافة لأخرى .

ويعتبر القلق والعمليات الدفاعية حده عاملاً هاماً في المصائب . وتميز هورناي بين الخوف والقلق . فالخوف رد فعل متناسب لموقف خطر . والخطر هنا موضوعي وواضح . أما القلق فهو رد فعل مناسب أيضاً لموقف خطر ، ولكن الخطر هنا غير معروف وذاتي ويبدو القلق غير معقول . وهذا وحده يدل على أن هناك شيئاً يعجز الإنسان عن السيطرة عليه . ويلجأ الناس إلى طرق مختلفة للتخلص من القلق بتبريره أو إنكاره أو تخديره أو تجنب المواقف التي تبعث عليه .

ولما كان القلق هو خوف يتضمن عاملاً ذاتياً فالعامل الذاتي هنا هو الشعور بالعداوة hostility . والعداوة هي المنبع الأساسي للقلق العصبي وغالباً ما يكبت هذا الشعور . ويزيد كيبته من حدته .

ولا يمكن فهم القلق والمصائب الخلق إلا في ضوء تاريخ حياة الفرد . ولا بد أن يكشف لنا التاريخ أن كل من يعاني من المصائب الخلق كانت ييشه في طفولته تتميز بخصائص معينة وأهم هذه الخصائص الافتقار إلى الحب الحقيقي وحرارته . كما نجد أن الوالدين كانت لهما اتجاهات وأفعال تستثير العداوة . فالطفل الذي لا يتمتع بالحب والاحترام في سنوات حياته الأولى لا بد وأن تتكون لديه كراهية نحو والديه ونحو غيره من الأطفال ، وشعور بعدم الثقة في كل فرد اللهم إلا إذا حدث ما يغير ذلك كصادفته لمعلمة أو معلم أو شخص ناضج يرتبط به .

ينمو القلق لدى الطفل الذي لا يتمتع بالحب والعطف والاحترام ويسقط قلقه على العالم الخارجي الذي يصبح في نظره خطراً مخيفاً . ويكون مثل هذا الاتجاه تربية صالحة لبناء المصائب . وتسمى هورناي هذا بالقلق الأساسي . ويتميز القلق الأساسي بشعور الفرد بأنه صغير ، وعاجز ، وغير مهم ، وفي خطر ، وفي عالم كله غش وخداع وحسد وحقارة . ويبدو في سلوكه من يعاني من القلق

والعداوة محاولات هروبية إما بالسمى العصابي للحب ، أو بالسمى العصابي للقوة أو الخضوع العصابي أو الانزواء العصابي بما سبق شرحه في الفصل الثاني .

ولما كان القلق الأساسي عندما هو مصدر العصاب ، فهو كذلك مصدر الصراعات التي تنشأ عنها الاتجاهات العصابية . والاتجاهات العصابية التي يمكن تمييزها والتي تتصارع في الفرد الواحد مع سيادة واحد فيها عادة هي الاتجاه نحو الناس ، أو الاتجاه ضدهم ، أو الاتجاه بعيدا عنهم . وتولد هذه الاتجاهات الثلاثة في العصابي البالغ الصراع . والصراعات الناجمة عن هذه الاتجاهات المتعارضة تكون لب العصاب النفسي وتسميها الصراع الأساسي .

٤ - مدرسة الذات :

يرى أصحاب هذه النظرية أن هناك حاجة واحدة يسعى الإنسان إلى إشباعها هي الحاجة إلى تأكيد الذات . ويقصد بالذات أو النفس self كل المظاهر التي تدخل في مضمون الضمير ، أنا ، . وهذه الذات هي الحقيقة الوحيدة التي يعرفها الفرد . وهي تتضمن جسمه الذي يكون جزءا منها لأنها قابلة للامتداد لتتضمن كل ما يدخل في مجال حياة الفرد ، فالبيت الذي يسكن فيه وكل ما يمتلك جزء من ذاته يدافع عنه ويحافظ عليه ، وزوجته وأولاده وأسرته وأصدقائه يكونون جزءا من ذاته يغار عليهم ، ويفرح لفرحهم ويحزن لأحزانهم ، وآرؤه ومعتقداته وما إلى ذلك تكون جزءا من ذاته . فليست الذات قاصرة على الجسم ولكنها تتضمن الماديات والمعنويات ، كما تتضمن الآراء والأفراد والمعتقدات بل وكل ما يمت إلى الفرد بصلة في مجال حياته . ومجال حياة الفرد يتكون منه ومن يمثه النفسية . ويقصد بالبيئة النفسية كل ما يدركه الفرد ويفهمه ويراه من وجهة نظره هو وفي وقت بعينه ، أي أن سلوك الفرد يفسر من وجهة نظره الخاصة وطبقه .

للموقف الذى يتم فيه السلوك . لأن عناصر مجال حياة الفرد الحالية تكون متصلة بحاجاته الحالية وشبه حاجاته . وتبعاً لذلك تختلف البيئة النفسية من فرد لفرد ، كما أنه ليس من الضرورى أن تطابق البيئة الخارجية . فإن طابقتها قيل إن الفرد متصل بالواقع وإن اختلفت عنها قيل أنه غير متصل بالواقع .

ويرى أصحاب هذه النظرية أن أهم خاصية فى العصاب هى الشعور بالتهديد . وهذا الشعور عنصر مشترك بين المخاوف المرضية والعصاب . والفرق الاساسى بينهما هو أن الشعور بالتهديد فى المخاوف يتصل بمسركات تتصل بأشياء أو مواقف محددة أما فى العصاب فالتهديد غير متميز وعام . فهو شعور بالرهبة من شيء غير معروف . وهذا الشعور غامض وغير محدد . وهذا ما يميز العصاب عن غيره من المواقف التى يشعر فيها الفرد بالتهديد . ويمس التهديد ذات الفرد فى الصميم ... وخاصة هذا الجزء الذى تسميه فكرته عن نفسه ويعجز الفرد عن تمييز هذا التهديد بوضوح ولكنه يدركه بشيء من الغموض ويرفض تقبله إذا عرفه فى تنظيم ذاته .

ويأتى العجز عن التمييز إما لأن الفرد يفتقر إلى الرموز التى تساعد على جعل تمييز الموقف المهدد لذاته ممكناً ، وإما لأن وضوح التهديد وتمييزه قد يمثل خطراً داهماً على الفرد يرفض الفرد مواجهته . وقد يصبح هذا التهديد فى العصاب حاداً بما يزيد من صعوبة بل استحالة تمييزه . ويقمع الفرد الادراك المهدد لذاته وينزل به إلى مستوى للتمييز منخفض فى مجال الادراك له ولغيره . ويقتبس أصحاب هذه النظرية أيضاً التجارب العملية على العصاب التجريبي لإيجاد وجه الشبه بينه وبين العصاب الحقيقى . ففى العصاب التجريبي أولاً : يصبح الحيوان

عاجزا عن التمييز، بل ويفقد التمييزات القديمة التي اعتاد عليها والتي تكونت لديه.
ثانيا : يبدو منه إنتشار غير معقول للاستجابة إذ يسيل لغابه لمنبهات ترتبط
عرضا بالمنبهات التي دُرب عليها ، ثالثا : تظهر على الحيوان أعراض التوتر
والاستجابات الانفعالية . وفي جميع التجارب العملية تبدو أعراض العصاب
حين يصبح التمييز الواضح أمراً مستحيلا. وفي ضوء هذه الاعتبارات يلخص أصحاب
نظرية الذات ديناميكية العصاب فيما يلي :-

١ - يتعرض مظهر من مظاهر الذات الأساسية للتهديد إما بإدراك حوادث
خارجية ، أو بإدراك المرء لسلوكه هو نفسه الناتج عن مظهر آخر من مظاهر ذاته.
٢ - لا يتقبل الفرد المدركات المهددة لذاته في تنظيمه فيكبتها إلى مستوى
منخفض من التمييز .

٣ - هذه التهديدات المكبوتة تستمر في تهديدها ما دامت تهدد مظهرا أساسيا
من مظاهر الذات . وحاجة الكائن الحي للحفاظ على ذاته بما لا يسمح للمدركات
المهددة بالبقاء دون إيجاد حل لها .

٤ - تستمر هذه التهديدات في مجال حياة الفرد مؤدية إلى سلوك معين وتظل
هذه التهديدات والفرد يدركها بغموض وباستمرار فيصبح سلوكه مقسما بالتوتر
والانفعال . وكلما زاد ادراك الفرد للتهديد كلما زاد اضطراب سلوكه .

ومن الحالات التي ساقها سنج وكومب (١٩٤٩) للتدليل على صحة هذه
النظرية حالة معلقة في الأربعين من عمرها سعت للعلاج لشعورها بالتوتر ، وعدم
القدرة على النوم ، وآلام وأوجاع غامضة لم يجد لها الاطباء سببا جسمانيا . ولم
تفدها العقاقير في التخلص عن الشعور بالرهبة من شيء يصعب عليها تحديده .

وكانت تشكو من العجز عن التركيز في عملها ، وأنها أصبحت تثار لاتفه الاسباب بل تبكي وتضحك دون سبب واضح . تبين في العلاج ما يأتي . -

كانت في شبابه جميلة ومرغوبة لكنها كانت واقعة تحت سيطرة أمها ومرتبطة بها إرتباطا قويا ... فرفضت كل عروض الزواج التي جاءت لها حتى وصلت إلى سن الأربعين فبدأت تحس بأن جمالها يذوى وضاعت منها فرص الزواج . وأدركت أمها الشيخوخة وأصبح واضحاً أن الوقت ليس يبعد حين تصبح وحيدة في هذه الدنيا . وساورها إحساس بالرهبة من شيء خفي لا تستطيع تمييزه . أعجب بها ناظر مدرستها وهو رجل متزوج من نفس سنها . ونشأت بينها علاقة أثارت شكوك من حولها . ولاح خطر الفضيحة وفقدان الوظيفة فزادت حالتها سوءاً وزادت الأعراض العصائية .

لقد عاد لها شبابها في ظل العلاقة الجديدة مع ناظرها رغم الثمن الذي يمكن أن تدفعه إذا انكشف أمر هذه العلاقة . وكانت على وعى بكل ذلك ، كما كانت على وعى باحتمال تحطيمها لأسرة عشيقها وكانت تحس بالذنب من احتمال وقوع ذلك ، كل هذا مع شعور بالعجز عن فهم عرى هذه العلاقة ، فاجتاحها القلق وأخذت في نفس الوقت تتصرف كالمراهقة . وكانت تستاء من الكشف عن سنها الحقيقي وانبرت تنتقد في كل مجال من من في سن الأربعين متهمة إياهم بالرجعية والتخلف . لقد أخذت تتصرف تصرف فتاة العشرين لأنها رأت نفسها في عين العشرين : صغيرة وجميلة ومرغوبة ، فطابق سلوكها فكرتها عن نفسها في ذلك الوقت ... ووقف مفهومها عن نفسها دونها ودون محاولة التخلص من عشيقها الذي أصبح يمثل لها آخر فرصة للزواج . وأصبح التخلي عنه يعني ليسها لا شعوريا الاستسلام لواقع سنها وعنوستها . وهذا هو التهديد الذي عجزت عن مواجهته . غير أن واقعها كان يكذبها دائما فيما تحاول أن تدعيه . فاستفندت

جهدا في الدفاع عن فكرتها عن نفسها كما تود أن تكون حتى أصبحت عاجزة أمام الضغوط المتكاثرة .

وبتحليل هذه الحالة إلى عناصرها الأولية يمكن القول بأن الفتاة كانت على وعى بمهنتها وبحاجتها إلى هذه المهنة . وأتاحت لها العلاقة الجديدة ظروفًا ترى فيها نفسها كفتاة صغيرة ومرغوبة من الممكن أن تزوج . فسعت إلى تأكيد هذا المفهوم عن نفسها . غير أن السلوك الذي يؤدي إلى تأكيد مظهر من مظاهر الذات كان يقابله التخلي عن رجنها وهذا العامل عامل مهدد للذات . فلما زاد التهديد كان العصاب وصعوبة تمييزها في مجال حياتها لحل الموقف .

• - التفسير البافلوفى للعصاب :

يعتبر العصاب عند بافلوف مرضا وظيفيا للجهاز العصبي المركزي . ولما كان العصاب في العادة يصحبه ضغوط انفعالية طويلة الأمد فإن هذه الضغوط تفرض على العمليات العصبية الأساسية (الإستقارة والكف) متطلبات مستديمة مما يؤدي إلى إجهاد الجهاز العصبي المركزي واضطراب نشاط العمليات العصبية العليا . لهذا كثيرا ما تؤدي الأمراض الجسمية إلى نشأة العصاب . ولما كان بافلوف من أوائل من توصلوا إلى العصاب التجريبي بتجاربه على الكلاب فإنه أشار إلى أن هناك أنواعا من العصاب يختص بها الإنسان دون الحيوان لأن الإنسان يفتقر عن الحيوان بوجود جهاز الإشارة الثاني لديه . وهذه الأنواع التي يختص بها الإنسان وحده هي الـ Psychasthenia والهستيريا . إذ يثار في هذين المرضين جهاز الإشارة الثاني في تفاعله مع جهاز الإشارة الأول .

ولما كان بافلوف قد قسم الناس إلى أنماط طبقاً لسيادة أحد جهازى الإشارة
عندهم كما سبق أن بينا إذ فى رأيه أن النمط الفنى يسود فى جهازه العصبى جهاز
الإشارة الأول بينما النمط العقلى يسود لديه جهاز الإشارة الثانى ، والنمط
المعتدل هو الذى يتوازن عنده الجهازان ، فإنه يرى أن النمط الفنى يصاب عادة
تحت الضغوط بالمستيريا ، بينما يصاب النمط الذى يتوازن عنده الجهازان
بالنوروستانيا ، أما النمط العقلى فيصاب بالPsychathenia والحواذ الذى قد
ينشأ أيضاً فى الأنماط الأخرى :

الفصل التاسع

بحوث في العصاب النفسي

مدى قواثر الأعراض العصابية :

بما يجب أن نؤكد هنا أنه رغم تصنيفنا للأمراض العصابية وبيان أنواعها فإن العصاب النفسي لا يمثل وحدة مرضية أو وحدات إنها مجموعة من ردود الأفعال المختلفة التي تعتبر أنماطا دفاعية يجابه بها المريض المواقف التي يتعرض لها للتحكم في قلقه وانفعالاته، لهذا تبدو في الصورة التشخيصية في وقت واحد أو على التوالي أعراض مثل القلق والتوتر والإكتئاب والشكاوى الجسدية والإسقاط وما إلى ذلك من العمليات الدفاعية . وإذا كان الأطباء يختارون من بين هذه الأعراض الأعراض البارزة لتحديد فئة من فئات التشخيص يوضع فيها المريض لأغراض علاجية أو تنظيمية فيجب أن نتذكر دائما أن هذا يتم على حساب الصورة الاكلينيكية الحقيقية التي تتميز بالديناميكية والتعقد . وما العصاب إلا طرق متعددة للإستجابة توجد لدينا جميعاً ونستخدمها بدرجات متفاوتة . فمن يسمون الأسوياء يستخدمون نفس هذه العمليات الدفاعية إذا ما صادقتهم مواقف الصراع النفسي أو تعرضوا للضغوط . فالمستيريا والحواذ والقلق وما إلى ذلك ليست إلا سبلا لاستخدام هذه العمليات الدفاعية عامة ، فمن الصعب أن نجد تشخيصا مرضيا خالصا .

وليس أدل على مدى عمومية هذه الأعراض من نتائج بحث كلية الطب بجامعة كورنل عن بلدة وسط ما نهان . إذ اتخذت في هذا البحث عينة قوامها

١٦٦٠ من البالغين يمثلون مجموع السكان البالغ عددهم ١٠٠.٠٠٠ ألف نسمة .
أعطى لانجر Langner (١٩٦٠) لبيان درجة الاضطراب في أفراد العينة
استبياناً مكوناً من ٤٠٠ عنصراً لأفرادها . ثم قام إثنان من أطباء الأمراض
العقلية بتقويم ملخص للحالات كل منها مستقلاً عن الآخر . وكانت نتيجة
البحث اعتبار نسبة ١٨ ٪ فقط من الحالات في حالة طيبة ، ونسبة ٣٦ ٪
منها تعاني من أعراض بسيطة ، بينما نسبة ٢٢ ٪ تعاني من أعراض متوسطة أو
معتدلة ، ونسبة ٢٤ ٪ معتلة .

وفي بحث لوتر Winter (١٩٥٩) تمت مقابلته عينة قوامها ٢٠٠ فرداً
من الأصحاء ممن يعملون في أحد المصانع الفنية لبيان مدى تواتر الأعراض
العصائية بينهم . فكانت النتائج كما يلي :-

٥ ٪	لا أعراض
١٩.٥ ٪	اضطرابات خفيفة
٥٥.٥ ٪	اضطرابات متوسطة
٨.٥ ٪	عصاب حاد
١١.٥ ٪	لا يمكن تقديرهم

ومن بين الفئات الأربع الأخيرة وجدت نسبة ٢٠.٥ ٪ لديها سمات
إنحراف . وفي تقصى الحياة الأسرية لأفراد العينة تبين أن أسر ذوى الاضطرابات
الخفيفة تميزت بالتفاهل والاهتمام الأبوى ، بينما كانت أسر ذوى الاضطرابات
المتوسطة أقل اهتماماً . أما من كانوا يعانون من العصاب الحاد فقد أتوا من أسر
غير موفقة في حياتها الزوجية وكانت ملتزمة في تربيتهما خلقياً . أما فريق المنحرفين
فكانت تسود بيوتهم البيوت المنصدعة مع نوع من التربية التعسفية والتدليل .

العصايون والانجاب :

قام ماندابروت ومنرو (١٩٦٤) في الزويج باختيار عينة عشوائية مكونة من ٦١٧ امرأة متزوجات منهن مع أزواجهن ٤٨٨ ، والباقيات إما أرامل أو مطلقات أو منفصلات عن أزواجهن . تبين أن ٧٢٪ من الحالات أى عدد ٣٧٥ كن خاليات من الاعراض العصابية طبقا للمعايير التى وضعها الباحثان وهى :

١- أعراض التوتر ب - الاضطرابات الاوتونومية ج - الاضطرابات المزاجية على أن تكون هذه الاضطرابات من الحدة التى تؤدى إلى اختلال الوظائف أو السعى للمشورة الطبية . تبين أن العصايات يزعن إلى ارتفاع نسبة الحمل وكذلك نسبة الاجهاض ، و وفاة الجنين فى الرحم ، و وفاة الاطفال بعد الولادة ، وكذلك إرتفاع نسبة الامراض النفس طيبة بين الاطفال الاحياء على الرغم من أن الفرق بينهن وبين مجموعة الاصحاء ليس بذى دلالة إحصائية . كما وجد أنه إذا كان الابوان من الاصحاء أدت الولادة فى ٦٩٪ من الحالات إلى أطنال اصحاء ، أما إذا كان كلا من الابوين عصايا فالنسبة ٥٦٪ فقط والفرق ذو دلالة إحصائية .

احتمالات الشفاء من الأمراض العصابية :

قام رنى Rennie (١٩٥٣) أستاذ الطب العتلى بجامعة كورنل بتتبع ٢٤٠ حالة من المرضى بالعصاب بمن أودعوا إحدى المستشفيات فى الفترة من ١٩١٣ - ١٩١٣ بعد علاجهم وخروجهم ولمدة ٢٠ سنة وكان تتبعهم إما بمكاتبتهم أو مكانة أقاربهم أو طبيب العائلة أو بالمقابلة الشخصية . ويسمح التتبع فى مثل هذه الفترة الطويلة ببيان تطور المرض بمرور الوقت ، وتقويم طرق العلاج ، وملاحظة

التغيرات التي تطرأ على الصورة الاكلينيكية ، وامتزاج الاعراض العصائية المختلفة في المريض الواحد ، وظهور الاعراض الذهانية في البعض ، والشكل الذي تحمل فيه العمليات الدفاعية محل بعضها البعض أو تستبدل بعمليات دفاعية أخرى . ويرى رنى أنه بعد إستعراضه للنتائج التي توصل إليها أصبح مؤمناً بأن العصاب لا يمثل وحدة مرضية واحدة ولكن يمثل طريقه من طرق الشخصية للاستجابة تنوع في المجرى الذي تتخذه وفي النتائج التي تنتهي إليها .

لقد تم علاج هذه الحالات في المستشفى بطرق مختلفة من طرق العلاج النفسى أى أن أسلوب العلاج لم يكن موحداً للجميع . وكانوا جميعاً يعانون من عصاب نفسى حاد وكانت أنواع وتوزيع أفراد العينة في فئات العصاب المختلفة كالآتى : (٥٠) حالة وهم المرض hypochondriasis ، (٣٠) حالة نيوروستانيا ، (٥٠) حالة تعاني من القلق ، (٥٠) حالة حواذ ، (٥٠) حالة هستيريا ، (١٠) حالات تعاني من العصاب الحركى وقد استجابت الاغلبية للعلاج غير أن ما آل إليه أمر المرض معهم خلال العشرين سنة التي تلت العلاج الذي استغرق في المتوسط شهرين ونصف مما يسترعى الانتباه . ويبين الجدول التالى رقم (١) نتائج العلاج الذى تم بالمستشفى وحالة أفراد العينة عند الافراج عنهم وعودتهم إلى البيئة . وجدير بالذكر أن الصورة التي بينها هذا الجدول لا تدل دلالة صادقة عن حالة هؤلاء المرضى . إذ كانت الصورة بعد عشرين سنة أحسن منها .

ومن الجدول يقين أن نسبة ٧٥ ٪ من أفراد العينة كانت عند خروجها من المستشفى إما شفيت أو تحسنت . وأحسن النتائج المباشرة للعلاج كانت مع فئة المرضى بالهستيريا والمرضى بوهم المرض اذ زالت الاعراض الهستيرية في نسبة ٨٦ ٪ من الحالات والمرضى بوهم المرض في نسبة ٨٢ ٪ . وكان الحوازيون

جدول رقم (١)

حالة المرضى عند الخروج من المستشفى

الجملة	عصاب حركي		هستيريا		حواذ		قلق		نيوروستانيا		وحم المرض		
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	
٢٦٠ حالة	٥٠	٠	٥٠	٠	٥٠	٠	٥٠	٠	٢٠	٠	٥٠	٠	
١٢,١ ٢٩	٠	٠	١٨ ٩	٦	٨	١٨	٩	١٠	٣	١٠	٥	٠	حالات تم شفاؤها
٦٣,٢ ١٥٢	٨٠	٨	٦٨ ٢٤	٥٨	٢٩	٥٦	٢٨	٥٧	١٧	٧٢	٢٦	٠	حالات تحسنت
٧٥,٤ ١٨١	٨٠	٨	٨٦ ٤٣	٦٠	٣٢	٧٤	٣٧	٦٧	٢٠	٨٣	٨١	٠	الجملة
٢٤,٥ ٥٩	٢٠	٢	١٤ ٧	٣٦	١٨	٢٦	١٣	٣٣	١٠	١٨	٩	٠	حالات لم تتحسن

أقل نسبة من ذلك (٦٤) . ويمكن القول ان نسبة ٦٣ر٣ ٪ من هذه الحالات قد تحسنت . غير أنه يمكننا أن نتصور أن كثيرا من الأطباء كانوا يترددون عند الافراج في تقرير أن المريض قد شفى تماما في كثير من الحالات. وكانوا ينتظرون ما سوف تكشفه الأيام . ومن عينة ما كان يكتبه الأطباء في تقارير الافراج ما يلي : المريض خالى من الاعراض ، تحتفظ فيما يختص بما سيؤول إليه أمره في المستقبل للافتقار إلى البصيرة وعدم التعاون ، يخرج من المستشفى ضد رغبتنا ... الخ . وتصل نسبة من يمكن القول أنهم لم يفيدوا من الإقامة في المستشفى إلى ٢٤,٥ ٪ وكان معظم من الحالات التي تعاني من الحواذ يليهم المرضى بعباب الاجهاد وكانت نسبة من لم يفيدوا من العلاج من المرضى بالمستيريا ١٤ ٪ . وبين الجدول رقم (٢) حالة هؤلاء المرضى بعد ٢٠ سنة

من هذا الجدول يتبين لنا أنه بعد ٢٠ سنة كانت نسبة ٦٨ر٨ ٪ قد شفيت تماما أو تحسنت . وتقل هذه النسبة قليلا عن نسبة هذه الفئة وقت الخروج من المستشفى (٧٥ر٤ ٪) غير أن مقارنة الجدولين تبين أن نسبة من تم لهم الشفاء بعد ٢٠ سنة قد زادت ويمكن أن يعزى ذلك إلى عامين أحدهما تحفظ الأطباء وتشاؤمهم مما كان يجعاهم يترددون أثناء الافراج عن تقرير الشفاء ، والثاني هو أن عددا من الحالات استطاع إستكمال شفائه خلال العشرين سنة بالبصيرة التي تم التوصل اليها أثناء الإقامة بالمستشفى ، كما أن البعض قد واصل علاجه خارج المستشفى أو عاد إلى المستشفى بما كان له أثره في تحسين حالتهم . وتبدو أحسن النتائج بعد عشرين سنة كما كان الحال عند الافراج في الحالات المريضة بالمستيريا كما أن فئة المرضى بالقلق تبين نتائج إيجابية مماثلة (٧٦ ٪) . أما المرضى بوهم المرض والنيوروستانيا كجموعة فكان التحسن بينهم بمرور الزمن أقل . إذ بين الجدول

جدول رقم (٢)
يبين حالة أفراد العينة بعد ٢٠ سنة

الجملة ٢٤٠ حالة	عصاب حركي ١٠ حالة		هستيريا ٥٠ حالة		حواذ ٥٠ حالة		قلق ٥٠ حالة		نيوروستانيا ٣٠ حالة		وحم المرض ٥٠ حالة		
العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد	العدد		
٣٠,٥٢	٨٣	٠	٥٢	٢٦	٣٤	١٧	٣٨	١٩	٢٦	٨	٢٦	١٣	حالات تم شفاؤها
٣٤,٥٦	٨١	٧	٢٤	١٢	٣٦	١٨	٣٨	١٩	٢٦	٨	٣٤	١٧	حالات تحسنت
٦٨,٥٨	١٦٤	٧٠	٧٦	٣٨	٦٨	٣٥	٧٦	٣٨	٥٢	١٦	٦٠	٣٠	الجملة
٣١,٥٢	٧٦	٣٠	٢٤	١٢	٣٠	١٥	٢٤	١٢	٤٨	١٤	٤٠	٢٠	حالات لم تتحسن

نقصا في عدد أولئك الذين تم شفاؤهم أو تحسّنا وكان الحوازيون أقل منهم جميعا. فاحسن النتائج إذن كانت بين المرضى بالمستيريا والمرضى بالقلق وأسوأها في حالات النيورستانيا .

وعلى الرغم من أنه يمكن التوصل إلى بعض الاستنتاجات فيما يختص بالتنبؤ بسير المرض في العصاب إلا أنه من الصعب تطبيق مثل هذه الاستنتاجات وتعميمها على الحالات الفردية . لأنه كانت هناك حالات كانت الدلائل كلها تدل على أنها ستشفى تماما ومع ذلك إنتكست، وكانت هناك حالات تبدى عداوة وعدم تعاون وبدت وكأنها تفتقد إلى البصيرة ومع ذلك شفيت تماما من المرض الذي لم يعاودها أبداً . ومن الصعب معرفة العوامل التي أدت إلى ذلك . وأحسن التنبؤات التي يمكن الوثوق فيها هي ما يتعاق بالرجع العصبي أي العصاب الذي أدى إليه موقف صعب إذ تزول الأعراض العصابية بزوال الموقف ، كذلك في الأعراض العصابية الدورية التي تظهر عند وجود حالة من حالات الاكتاب إذ تزول أيضا هذه الأعراض بزوال الاكتاب .

ومن المؤلف القول بأن العصاب لا يمكن أن يتحول إلى ذهان وفي رأي صاحب هذا البحث أن هذا ليس حقيقة دائما فقد بين بحثه أنه في جميع فئات العينة فيما عدا فئة المرضى بالعصاب الحركي كانت هناك حالات تحول عصابها إلى ذهان . ففي فئة المرضى بوهم المرض ظهرت أعراض الاضطرابات الانفعالية في ٩ حالات (إنتهى الأمر بثلاث حالات إلى الانتحار ، وبخمس إلى المرض بالاكتاب ، وواحد إلى المرض بالذهان الدوري مع أعراض فصامية . وفي فئة الحواذ إنتهى الأمر بثمانية إلى المرض بالفصام (ثلاث حالات أودعت المستشفى بتشخيص حالات فصامية، وثلاث حالات بفصام إضطهادي ، وحالتان

بذهان الاضطهاد) . أما في فئة التيوروستانيا فقد انتحر إثنان ، وأصيب إثنان بالاكئاب ، وإثنان بالذهان ، وأدمن ثلاثة الخمر وواحد المخدرات وأصيب خمسة من فئة المرضى بالقلق بالاكتئاب وثلاثة بالفصام ، وأدمن ثلاثة الخمر وواحد المخدرات وخمسة ظهرت عليهم أعراض حواذية . وكانت أحسن النتائج في فئة المستيريا اذ أصيب واحد فقط بالاكتئاب وواحد بالفصام . والخلاصة أنه كانت هناك ٣٣ حالة أى بنسبة ١٣,٨٪ من المجموع الكلى لأفراد العينة انتهى أمرها الى المرض بالذهان ، وثمان حالات أدمنت الخمر أو المخدرات .

إن الصورة الاكلينيكية للعصاب النفسى لا تظل دائماً نقية والواقع أن كثيراً من المرضى أثناء الايداع في المستشفى كانت تظهر عليهم أعراض متعددة . وقد حدث أن ١٨ حالة من كل أفراد العينة تطورت صورة المرض عندها إلى صورة تخالف الصورة التى شخصت بها حالاتهم عند الايداع وهذا يؤكد ما يعرفه كل إكلينيكى من خبرته أن المريض - أى مريض - قد يستخدم أنماطا دفاعية مختلفة للتحكم في قلقه لهذا تبدو في الصورة في وقت واحد أو بتسلسل أعراض مثل القلق والتوتر والاكتئاب والأمراض الجسدية والاسقاط وغير ذلك من العمليات الدفاعية قد يفرد القائم بالتشخيص واحدة منها للتوصل إلى تشخيص محدد ولكن دائماً على حساب الصورة الحقيقية التى تكون في العادة معقدة . لهذا كانت الاعتراضات التى يعترض بها المعترضون على عملية التشخيص . فالعصاب ليس وحدة مرضية . ولكن طرقاً متعددة للاستجابة توجد لدينا جميعاً ونستخدمها بدرجات متفاوتة لهذا كان من الصعب وجود صورة تشخيصية خالصة لفئة مرضية .

الانطوائية والانبساطية والعصاب النفسى :

تؤكد نظرية بافلوف وظيفية القشرة المخية وعمليات الاستشارة والتكيف التى

تقوم بهما . وقد أمدنا باقلوف بالفيض من الأدلة على أن عمليتي الاستشارة والكف
عمليتان إيجابيتان من عمليات القشرة المخية . وقد لاحظ باقلوف في تجاربه على
الكلاب فروقا فردية بينها ، فبعض الكلاب التي أطلق عليها « النمط المستثار » ،
تكونت لديها أفعال منعكسة شرطية ثابتة بسهولة ولما تكونت هذه الاستجابات
لم تخمد بسهولة ، كما لوحظ أن البعض الآخر من الكلاب والذي أطلق عليه
« النمط الكفي » ، يتكون لديه الاستجابات الشرطية ببطء ، وإذا ما تكونت
يمكن أن تخمد بسهولة ، وعلاق باقلوف على ذلك بقوله « توحى الملاحظة العرضية
أن هذين النمطين الناتجين عن نشاط القشرة المخية في الحيوان يقابلان الشكلين
المعروفين من العصاب في الإنسان وهما النيوروستانيا والمستيريا . إذ تتميز
النيوروستانيا بحدة الاستشارة وضعف عمليات الكف ، بينما تتميز المستيريا بزيادة
الكف وضعف عمليات الاستشارة » ، ويعنى هذا أنه من الممكن أن تنبأ بأن
العصابيين الذين يعانون من عصاب النيوروستانيا تتكون لديهم الاستجابات الشرطية
بسرعة ولا تخمد بسهولة بينما تتكون مثل هذه الاستجابات لدى الذين يعانون من
عصاب المستيريا ببطء وتخمد بسرعة .

ويرى كثير من الكتاب أن باقلوف لا يحدد هذين النمطين كمطين منفصلين
عن بعضهما ، ولكن يعتبرهما تقيضتين على متصل مستمر يقع على أحد طرفيه
النمط المستثار (النيوروستانيا) وعلى الطرف الآخر النمط الكفي (المستيريا)
وبينهما توجد درجات متخلوطة .

وقد بينت بحوث أيزنك وتلاميذه في إنجلترا (١٩٤٨ ، ١٩٥٢ ، ١٩٥٣ ،
١٩٥٥) أن المرضى بعصاب القلق والحواذ والاكئاب يحصلون عادة على درجات
عالية على الاختبارات التي تقيس العصاب وتلك التي تقيس الانطوائية وبالتالي
درجات منخفضة على الانبساطية فأعطى أيزنك لهذه الفئة من الانطوائيين
مصطلح dysthymia والتي ترجمتها تجاوزاً « بالعصر النفسي » ، كما بينوا أن المرضى
بالمستيريا والسيكوباتيين يحصلون على درجات عالية على الاختبارات التي تقيس

العصاب ولكنهم يحصلون على درجات عالية على الانبساطية وبالتالي درجات منخفضة على الانطوائية .

فإذا استخدمنا مصطلحات أيزنك نجد أن المرضى بالنيوروستانيا يدخلون تحت فئة « العسر النفسى » *dysthemia* بينما يدخل المرضى بالمستيريا تحت فئة المستيريا، ويبدو أن من يعانون من العسر النفسى طبقاً لرأى أيزنك ينطبق عليهم مفهوم « النمط المستثار » عند بافلوف بينما النمط المستيرى ينطبق عليه مفهوم « النمط الكفى » إذ تبدو على من يعانون من العسر النفسى أعراض القلق الظاهر الجسمى والعقلى والحواذ بأشكاله ، كما أنهم سريعوا الاستفزاز ، وينزعون إلى التأمل الباطنى ولا يشعرون بالراحة بين الناس ، حساسون من ناحية أنفسهم ومن ناحية الغير ، ضميرهم حى جداً وحساسون لبيئتهم . وقد يعانون من النشاط الزائد والتوتر أو قد يعانون من الحذر والتردد . وتتفق كل هذه الأعراض مع خصائص القشرة المخية التى تتميز بعمليات الاستثارة .

أما النمط المستيرى فيتميز بخصائص مختلفة . إذ قد يتكون لدى هذا النمط العمليات العقلية الهرؤية ، مثل فقدان الذاكرة ، أو التجوال ، أو الأعراض التحولية . وينزع أفراد هذا النمط لأن يكونوا غير حساسين ، ولا يتحملون المسئولية ، ولا يهمهم الآخرون . وتشير هذه الأعراض إلى شكل من أشكال الانفصال النفسى مما يميز أولئك الذين لهم قشرة مخية يسود فيها الكف . وقد وجد سيرل فرانكس (١٩٦٣) أن العصائين من نمط العسر النفسى *dysthemic* تتكون لديهم الاستجابات الشرطية بسهولة وبسرعة ويصعب إخمادها بينما النمط المستيرى على العكس من ذلك .

ولما كانت سهولة تكوين الاستجابات الشرطية فى الأسوياء تعزى إلى الانبساطية والانطوائية ، (الصعوبة فى المنبسطين والسهولة فى الانطوائين) ينتهى سيرل فرانكس إلى أن الكف والاستثارة عمليتان ترتبطان بالانبساطية والانطوائية . ويدخل العصايون من نمط العسر النفسى فى فئة الانطوائين ، بينما يدخل المستيريون فى فئة المنبسطين .

الباب الخامس

الذهان الوظيفي

مقدمة

الامراض الذهانية الوظيفية

Functional Psychoses

إن محاولة تقسيم الامراض العقلية الوظيفية إلى أنواع مختلفة لا تقوم على أساس على متين ، إذ كثيرا ما تصدق الاعراض المصاحبة للحالة على أكثر من مرض واحد . وتشخص الحالة في المستشفيات بأنها مرض معين دون الآخر عادة بغالبية الآراء . ويحرص الأطباء والإخصائيون على صياغة تقاريرهم في قالب الاحتمال والترجيح ، ويصدق هذا على كل من الامراض العقلية والامراض العصابية النفسية ، وما التقسيمات والمسمايات المختلفة لهذه الامراض إلا اصطلاحات عرفية تسهل الدراسة ويرى كرون وكرون Cameron & Cameron أن الاعراض الخاصة التي تصدق على مرض معين بالذات لا توجد إلا في الكتب العلمية؛

والتقسيم المتفق عليه حاليا للأمراض العقلية الوظيفية هو تقسيم كرايبلين Kraepelin بعد أن أدخل عليه الأمريكيون بعض التعديلات . وأهم الأمراض تبعاً لهذا التقسيم هي :

Schizophrenia

١ - الفصام

٢ - الزهان الدوري أو النواب Manic-depression ويدخل تحت

ما يسمى بالاضطرابات الانفعالية .

Paranoia

٣ - ذهان الاضطهاد

وتسمى هذه الأمراض بالأمراض الوظيفية لأنه لم يثبت حتى الآن بشكل قاطع أن العوامل العضوية من الأسباب المباشرة في هذه الأمراض .

الفصل العاشر

الفصام

Schizophrenia

يوجد هذا المرض في كل الاجناس البشرية وفي كل الدول ، والمرضى به يكونون أكبر نسبة من المرضى في مستشفيات الأمراض العقلية ، كما أن منهم نسبة لا ترد إلى المستشفيات وخاصة في البلاد المتخلفة . ونسبة من يشفون منه تتراوح عادة ما بين ٥ ٪ إلى ٢٠ ٪ أما البقية الباقية فتبقى في المستشفيات في تدهور مستمر حتى الوفاة . ويعتبر هذا المرض من الأمراض المستعصية في الطب العقلي والتفسي . ولم ينل أى مرض من الأمراض العقلية إهتماماً من العلماء مثل الإهتمام الذى يناله هذا المرض . لذا تهـدد البحوث والآراء التى تناوله بالدراسة والتفسير .

انواعه واعراضه :

يقسم الفصام حالياً إلى فصام حاد *acute* ومزمن *chronic* . ويتنبأ الباحثون بأن نسبة المرضى بالفصام المزمن ستزداد بعد عام ١٩٧٠ (برايس وآخرون Bryce et al ١٩٦٦) ويتبنون هذا الرأى على أساس تغير سياسة إدارة المستشفيات بتحديد عدد الموجودين فيها وإخراج عدد كبير منهم ، هذا بالإضافة إلى أن استخدام العقاقير منذ عام ١٩٥٥ أدى إلى تقصير مدة العلاج وزيادة العائدين منهم للمستشفيات .

حالات

الحالة ١ :

من الحالات التي مرت بالمؤلف من حوالي خمسة عشر عاما حالة شاب في الخامسة والعشرين من عمره . تخرج في إحدى الكليات النظرية . نشأ في بيئة متواضعة جداً ، إذ ولد لأب عامل ، وكانت له أخت واحدة متزوجة من عامل أيضا . ولم يكن له من بين أقاربه من وصل إلى مستواه التعليمي . أتم مراحل تعليمه السابقة للجامعة في بلدة صغيرة حيث ولد ثم التحق بالجامعة . أحب في السنة الأولى زميلة له ملأت خياله . ولم يجد الجرأة في نفسه للتعبير لها عن هذا الحب . ورغم الزمالة منعه حياؤه ومنعه خجله من مبادلتها الحديث أوحى التحية العابرة ... فلم تحس الفتاة بوجوده ... وهذا النوع من الحب الصامت ومن طرف واحد كان من الأمور المألوفة في محيط الجامعة في ذلك الوقت ، وقع فيه كثير من أبناء الريف ممن لم يألفوا حياة الاختلاط بين الجنسين ... استمر ثلاث سنوات يطوى حبه بين جنبيه مكتفيا بمتابعة فتاة أحلامه بنظراته في غدواتها وروحاتها ومعرفة كل صغيره وكبيرة عنها . وكان ينجح في دراسته وتنجح هي أيضا وتستمر الزمالة .

وفي بداية السنة الدراسية الرابعة وافته الجرأة فبعث إليها بعنوان الكلية خطابا يثبها فيه غرامه ولوعته ... وفوجئت الفتاة بالمحافضة بهذا الخطاب ... وشهد أحد عمرات الكلية أمام الزملاء مشهداً تلقن فيه الفتاة الشاب درسا عنيفا في الاخلاق ... وشاعت القصة وتناقلتها الألسن ... وأصبح العار يلاحق الشاب الخجول في كل مكان .

ومر العام الدراسي وتخرجنا ، ثم التحقنا سويا بدراسات عليا جاء إلينا بقصتها .

ومرت الايام في هذه الدراسات والشاب يحضر مبكراً ليجلس صامتاً وحيداً في البوفية ... لا يحضر المحاضرات ... متحينا الفرص ليقى نظرة من بعيد على معبودته ... ويوما بعد يوم أخذت حالته في التدهور ... إذ بدأ يهمل في العناية بنفسه ومظهره . فطالت لحيته وطال شعر رأسه ، وتوالى الايام نسي الاستحمام واتسخت ملابسه وتدهورت صحته . وظل يتردد وهو في هذه الحالة على نفس المكان محافظاً على المواعيد الرسمية ليتخذ مكانه في البوفية ... يدخن بشراهة ، ولا يتكلم مع أحد حتى يأتي ميعاد الانصراف فيصرف .

لفتت حالته نظر بعض الاساتذة ، وتطوع البعض لمده يد المساعدة ، ولكن مساعدتهم جاءت متأخرة ، فبانتهاى العام الدراسي كانت نهايته مع الواقع .

ومنذ ذلك الوقت وحتى وقتنا هذا يرى العابر لموطن هذا الشاب رجلاً على رصيف محطتها يلبس بيجاما أو جلباباً ، عارى الرأس ، أشعث الشعر يروح جيئة وذهاباً على رصيف المحطة كأنما ينتظر غائباً ليعود من الصباح الباكر حتى المساء . وإذا ما شعر بالاجمـاد يجلس على أحد المقاعد سائداً رأسه بكفيه فترة ليعاود السير على الرصيف . يراه زملاؤه السابقون ، ويتعرفون عليه ، ويحاول البعض تبادل الحديث معه ، فينظر إليهم بعينين شاغرتين دون أن ينبس ببنت شفة ... ويتركهم حيارى ... هل عرفهم ؟ هل تذكرهم ؟ هل هو معهم في هذا العالم أم في عالم آخر .

الحالة ب:

هذه الحالة لشاب من خريجي إحدى كليات الأزهر ... من أبناء الريف الذين يزحون عادة مع زملائهم من أبناء القرية طلباً للعلم في إحدى المدن حيث يوجد المعهد

الدينى وحيث يعيشون فى جماعات يتراوح عددها ما بين ثلاثة وخمسة تحت سقف واحد يتقاسمون الزاد الذى يأتىهم من القرية كما يتقاسمون الحصى الذى يفرشونه نهاراً وليلاً ، يعى الكبير الصغير ... ويفرض عليه سيطرته وسلطانه تنفيذاً لوصية الوالدين - وغالباً ما يكونون جميعاً من ذوى القربى. وباتتهاء هذه المرحلة الدراسية تنتقل الجماعة التى قد يتغير تكوينها بتخلف البعض وانضمام عناصر جديدة إليها إلى القاهرة لتعيش على نفس النمط ونفس المستوى

تخرج الشاب من الأزهر وكان متفوقاً والتحق بأحد المعاهد للحصول على إجازة التدريس . وكان هذا المعهد يجمع بين أبناء الأزهر وأبناء الجامعات من الجنسين . وكانت الأشهر الأولى فيه تشاهد صراعات التفاعل بين تناقضات نوعين مختلفين من التعليم : التعليم الجامعى والتعليم الأزهرى ... وسريعاً ما كانت تستبدل العلامة والذى الأزهرى بالذى الإفرنجى كخطوة نحو التقارب المظهرى بين أبناء الفئتين ، غير أن وحدة الذى لا تؤدى بين يوم وليلة إلى وحدة الاتجاهات والميول والرغبات .

لقد كان نمط الحياة الدراسية وأسلوبها ومجالها والتفاعلات الجديدة المصاحبة صعباً على بعض أبناء الأزهر وخاصة فى الأشهر الأولى . إذ كان كل فريق يسخر من الآخر ويحاول الخط من شأنه والنيل منه غير أن ذلك غالباً ما كان يتم فى جو من المرح يميز الطابع المصرى . فيها اختلفت الثقافات الفرعية التى أتت منها أفرادها .

فى هذه الظروف فوجئ أحد أساتذة هذا المعهد بالشاب صاحب الحالة يأتى إليه غاضباً شاخياً يشكو إليه من طلبة الجامعة إذ لاحظ أنه كلما دخل على بعضهم فى مكان نظروا إليه ساخرين وتغامزوا وتلامزوا عليه وقد سمع الكثيرين منهم يتهايمون عليه بأنه يما كس الطالبات ... لأنهم يفترون عليه ...

لأنه رجل دين كيف يهتمونه بذلك ؟ فطيب الأستاذ خاطره ووعده بأنه سيمنعمهم من ذلك ...

في اليوم التالي تكررت الشكوى وزيد عليها هذه المرة أنهم يستخرون منه لأنه خلع العمامة والرى الأزهرى وارتدى زيا يبدو فيه مضحكا . وينعتونه بأنه ليس رجلا .

وفي اليوم الثالث جاء قريب له من طلبة المعهد يشاركه السكن يعلن لهذا الأستاذ أن الطالب قد أغلق على نفسه باب حجراته ورفض الخروج منها معلنا بأن المعهد أبلغ عنه رجال الأمن ليقبضوا عليه لاتهامه بمعاكسة الطالبات .

وفي نفس اليوم ذهب إليه عدد من زملائه للتحدث إليه في أمره فخرج عليهم وفي يده سكين يدافع بها عن نفسه لاتهامه بإيذاءهم بأنهم يحاولون الاعتداء عليه جنسيا ونظراً لحالة الهياج والاضطراب التي كان فيها استدعوا له طبيباً فأحاله إلى المستشفى الأميرى الذى أجاله بدوره إلى مستشفى الأمراض العقلية .

الحالة ٣ :

جاء تحت ضغط والده لعله يجد في العلاج النفسى ما عجز عنه أطباء الأعصاب . كان طالباً في السنة الثالثة في إحدى الكليات العملية . سنة ثمانية عشر عاماً لم يرسب في أى سنة من سنواته الدراسية، وتحصيله الدراسى في مستوى جيد أو جيد جداً، ومشكلته هذا العام أنه لا يذهب الى الكلية وقد قضى أشهر الصيف كلها والثلاثة أشهر الأولى من السنة الدراسية بالمنزل لا يرحه اللهم إلا مرات قليلة في صحبة والده الذى عرضه على أكثر من طبيب من أطباء الأعصاب في المدينة ولم ينفذ في رأيه ورأى والده من العلاج الطبى ... كان أكبر إخواته وله أخت

أصغر منه في المرحلة الثانوية واخوان أحدهما في المرحلة الإعدادية والثاني في المرحلة الابتدائية . الأب موظف يملك منزله ، ودخله يكفي بحاجات الأسرة . سلوك الشاب عادى في المنزل مادام يترك وشأنه ينفجر أحيانا في الغضب وتتجه موجاته الغضبية إذا حدثت ضد والده فيسبه ، ويقسو أحيانا على إخوته .

وصف الشاب والده بأنه كان مدلا من الجدة التي كانت تعيش مع الأسرة لأن الأب كان وحيدا الذي عاش بعد سبعة وفيات في الطفولة ، وأنه كان شديداً عليه في طفولته ويخاف عليه خوفا شديداً ، أما الآن فقد انقلبت شدته إلى ضعف ، كما وصفه بالبخل والمعاناة من شعور الغصة لأنه لم يتم تعليمه ... ووصف الأم بالضعف واتهمها بإهماله في الطفولة لأنها تركت أمر العناية به لجدة ... وصف شقيقته الأصغر منه بأنها صورة منه في الجمال ووصف نفسه بأنه جميل وذكي « ويفسها وهي طاهرة » ... إنسمت الجلسات الأولى معه بالحرص ، كاتصرف وكأن الموقف يتطلب مباراة المعالج في الذكاء .

لم يكن تردده على العلاج منتظما إذ كان يعالج فترة ثم ينقطع ثم يعاود وهكذا . وكان والده دائما يصحبه ، وينتظره في الخارج ليعود به إلى المنزل . وفي إحدى الجلسات كشف عن اعتداء جنسى حدث عليه وهو في سن الخمس سنوات من صبي يكبره بحوالى ثلاث سنوات وضبطها الأم ... وكان نصيبه عقابا صارما منها ومن الأب . وهو في سن العاشرة راوده البقال عن نفسه فقر فزعا منه ومريت مرحلة الدراسة الابتدائية والثانوية معه بسلام من ناحية الدراسة وعلاقته بزملائه ... ولما بلغ الحلم أخذ في مزاولة العادة السرية ومارس اللعب الجنسي أحيانا مع خالة من سنه يدمن العادة السرية والصورة الغالبة في مخيلته صورة

شقيقته التي كان ينام معها في سرير واحد... وكثيراً ما استغل إستغراقها في النوم ليكشف ملابسها ويستمتع بالمنظر... أو صورة حالته التي كانت له خبرات عرضية معها. وتابعت الجلسات وفي إحداها كشف عن السبب الذي يأتي فيه بوالده معه : لقد أحس وهو في السنة الأولى في الجامعة أنه كلما ركب الترام ينظر إليه الناس وترسم على وجوههم إبتسامات سخريّة... فأصبحت عملية ركوب الترام تسبب له عناء شديداً... فيتصبّب عرقاً ويحاول الإشاحة بوجهه... وأينما ولى وجهه يجد عيوناً تنظر إليه وتبتسم ساخرة... وكمن مرة سار على قدميه محطة بعد محطة... ليجد محطة غير مزدحمة يركب منها الترام لأن نفس الشيء يحدث على المحطات إذا ما كانت مزدحمة... وبعد أن كان الأمر قاصراً على الترام... أخذ يلاحظ أن زملاءه في الكلية يعملون نفس الشيء... ثم تطور الأمر فأصبح يرى النظرات الساخرة في أعين الناس في الطريق وعلى جانبي شارع منزلهم المزدحم بالمحلات التجارية... فأصبحت عملية الخروج من المنزل أمراً مستحيلاً فإذا ما اضطر إلى ذلك فإنه يغذ السير ويطيء طيء رأسه حتى لا ينظر في أعين الناس... لذا أصبح لا يجد السكنة إلا بالبقاء في المنزل .

بدأ يتردد على الكلية مقاوماً شعوره الذي ظل معه بأن الناس ينظرون إليه ساخرين، بيد أنه لم يكن مواظباً ومع ذلك تخرج بدرجة مقبول . ثم انقطعت صلته بالعلاج . ومرت سنتان... وعلم الممالج بالصدقة أنه حصل على عمل في القاهرة بعيداً عن بلده بعد تخرجه... ووجدها الأب فرصة للابتعاد عنها فيها الإعتماد على نفسه فعثر له على سكن مستقل وكاد يتحقق الأمل فيه إذ تمكن فترة من مزوالة عمله بنجاح كما نجح في رعاية نفسه، وفجأة انقطع عن العمل وعاد إلى بلده فزعاً يأني مبارحة المنزل... وكان لا بد من إيداعه المستشفى .

فئات النصاب :

يقسم النصاب تقليدياً الى الفئات التالية :

١ - الهيفرينية Hebephrenia . ويتميز سلوك المريض من هذا النوع بالطفولية والتكوص إلى مرحلة من مراحل الطفولة الأولى التي لا يراعى فيها عرفاً أو تقاليداً ، إذ أن المريض قد يمارس العادة السرية علناً دون إعتبار لمن هم حوله ، وقد يكشف عن عورته دون حياء أو تردد ، كما يتميز بيلادة العاطفة إذ قد يسمع عن وفاة أقرب المقربين إليه دون أن تهتز مشاعره وكأن الأمر لا يعنيه أو يمت إليه بصلة ، هذا بالإضافة إلى التفكير الذي لا منطلق فيه ، والهلوسة والالوهام التي تشف عن نزعة إلى الجنسية المثالية . ويمتاز بأنه يمكن التحدث إليه ، وإن كان معظم حديثه يمتليء بالرموز وبضرب الأمثال مما يجعل حديثه صعباً على الفهم .

٢ - الكتاتونية Catatonia : وتفرق الكتاتونية عن الهيفرينية بتقيس صاحبها جسمانياً ونفسياً . فقد يجلس المريض الساعات الطويلة جامداً في مكانه مطأطئ الرأس دون أية حركة ، وإذا اقترب منه إنسان لم يحس بوجوده ، وإذا ما وضع في أي وضع ثبت فيه دون مقاومة ، فإذا كانت هناك محاولة لرفع ذراعه إلى جانبه تركه مرفوعاً دون إنزاله وكأنه ليس جزءاً من جسمه ، كما يتميز بالمسلبية إذ يصعب التحدث إليه أو إشراكه في أي وجه من أوجه النشاط ، فيعزف عن الطعام ولا يكثر بتظيف نفسه ، كما قد ينفجر في موجات اعتكائه من وقت لآخر .

٣ - البسيطة Simple : ويندر ظهور الأعراض الحادة في حالات البسيطة إلا أن التدهور يمتد بها ببطء مستمر ، ويبدو المصاب بها وكأنه واحد من ضعفاء العقول نظراً لعدم قدرته على التمييز أو التطالع إلى المستقبل ومظاهر عدم المبالاة

التي تعتريه . ويظهر المرضى به وكأنهم فقدوا كل طعم للحياة ، وتدهورهم المستمر نادرا ما يؤدي إلى استردادهم الشعور بالحياة والواقع (حالة أ) .

٤ - الاضطهادية Paranoid : وتتميز بالآوهام في المعتقدات والأفكار والأفعال . وهي تختلف عن مرض جنون الاضطهاد الذي ستعرض له فيما بعد . وأهم ما يميز المريض بها أن آوهامه أو هام غريبة خارجة عن حدود التصور ، ولا منطق فيها ولا وحدة أو تماسك . وتكون هذه الآوهام جزءا هاما من هلوسته ، وتتضمن عادة تبريرات يبرر بها المريض لنفسه أسباب مرضه وتخريفه (حالة ب) .

٥ - شبه العصائية Pseudoneurotic : تتشابه الإنفعالات في شبه العصائية مع الأنواع الأخرى فيما تتميز به من ناحية البرود العاطفي والتزمت والجمود والانفجارات العدوانية . وتختلف عن الأمراض العصائية النفسية في أن المريض بمرض عصائي نفسي يحلو له الشكوى من آلامه ووصفها وتحليلها والتفكير فيها ، بينما يصف المريض بشبه العصائية آلامه وصفا غامضا وأهيا يكرره المرة بعد المرة دون ما أدنى دليل على الاستبصار والادراك لحقيقة مشاكه . وقد تعترى مثل هؤلاء المرضى فترات مرضية تتفاوت ما بين عدم الاهتمام والجمود إلى الانشغال الزائد بالأمور الجنسية والاضطراب والهياج . وقد يتطور المرض معهم إلى حالة فصام كاملة (حالة ج) .

وتشترك كل حالات الفصام في تبليل الأفكار وعدم انتظامها ، وعدم المبالاة وعدم الاهتمام ، والبلادة العاطفية ، والهلوسة بأنواعها من رؤية مرئيات وسماع أصوات ، والاحساس بأشياء لا وجود لها ، والطفلية ، وعدم القدرة على الحكم على الأشياء ، والسلبية ، وعدم التعاون ، والتدهور العقلي ، وشعور المريض بأنه في

عالم غير عالمه الحقيقي ، كما يشعر وكأن هناك شخصية في داخله ترقب إحداهما الأخرى . وقد يتهاى للمريض أن نصف جسمه امرأة ونصفه الآخر رجل يناجى أحدهما الآخر ويقبله ويعانقه أو يعاتبه ويشاجره هذا بالإضافة إلى الاضطراب الجنسي سواء في التعبير ونوع الخبرات التي تسمح بهذا التعبير إذ قد يعبر عنه بشكل رمزي أو بالمادة السرية . وهو في كل هذا لا يدري ما يفعل بل يحتاجه الرعب لعدم قدرته على تمييز ما هو واقعي عما هو ليس بواقعي .

الفصام والوراثة :

يعتبر كالمان Kallman (١٩٤٦) ممن درسوا العوامل الوراثية لهذا المرض دراسة وافية . فبدراسته لتاريخ حياة عائلات المرضى بهذا المرض وجد أن ١٠٪ منهم كان أحد الوالدين مريضاً بنفس المرض ، أما إذا كان كلا من الوالدين مريضاً به فنسبة إصابته الأبناء والأحفاد به تقرب من ٦٦٪ كما وجد أن ١٤٪ من إخوة وأخوات المرضى مصابون به ، و ١٦٪ من الأبناء و ٤٣٪ من الأحفاد وحوالي ١٪ من بقية أقاربهم مصابون به أيضاً .

وبدراسته للتوائم المتحدة وجد أنه إذا كان أحد التوأمين مصاباً به ففي ٦٧٪ من الحالات يكون التوأم الآخر مصاباً بنفس فصيلة المرض ، و ١٥٪ بفصائل أخرى منه ، و ١٨٪ فقط ينجون منه . وفي التوائم المنفصلة حوالي ١٣٪ مصابون به .

وفي دراسة حديثة قام بها جوتسمان وآخرون Grottasman et al (١٩٦٦) تم اختيار ٧٥ زوجاً من التوائم من بين ٥٥٠٠٠ حالة ، شخصت حالة أحد التوأمين على الأقل بالفصام . وتوحي الدراسة بمقارنة نتائجها بنتائج الدراسات الأولى عن التوائم بأن هناك عاملاً وراثياً في هذا المرض إذ وجد أن احتمال المرض

يحيى له إذا ما تعرض الفرد للضباب سواء أكانت هذه أمراها جسيما عيفة أو صراعا نفسيا أو غير ذلك . وقد يكون لدى الفرد الاستعداد دون أن يتعرض لأحداث تؤدي به إلى المرض به فينجو منه .

وفي بحث قام به نيوتسكو وختريك Nutenko & Khitrik (١٩٦٥) في روسيا وجدوا أن نفس أنماط الفصام قد وجدت في ما يزيد عن نصف عسدد الحالات التي تمت دراستها . كما وجدوا أن هناك بعض العائلات التي ظهرت فيها عدة أنماط من الفصام المرحلي Periodical بينما كانت هناك عائلات ظهرت فيها الهفونية والسكتاتونية والبسيطة ، وكانت الاضطهادية مشتركة في الأسر التي مثل أعضاؤها كل الأنماط المختلفة ، وأنتهى في ضوء هذه النتائج إلى احتمال وجود عامل وراثي بين الأنماط المختلفة للفصام .

وفي دراسة لآلينان Alenan وزملائه (١٩٦٥) لامهات وآباء ثلاثين من المرضى بالفصام وجدوا أن معظم الحالات (ما يزيد على النصف) كان واحد أو كلا الأبوين ذهانيا أو يعاني من أعراض ذهانية .

الفصام والوظائف الجسمانية :

من العوامل التي درست لبيان أثرها في هذا المرض ، نشاط الغدد ، وكانت النتيجة سلبية إذ لم يبد أن لها أى أثر . وقد قام علماء التشريح والأعصاب ببحوث لبيان مدى كفاية الجهاز العصبي المركزي والجهاز العصبي الاوتونوى فوجدوا عجزاً في بعض العمليات التي يسيطر عليها الجهاز العصبي ، إلا أنهم فشلوا في تحديد العلاقة بين ذلك وأحباب المرض . وقد بينت دراسات التيارات الكهربائية للبع أن الرسوم البيانية للمرضى بهذا المرض تختلف عن رسوم العاديين إلا أنهم عجزوا أيضا عن إيجاد عامل مشترك بينها يفسرها المرض .

الفصامي والبشيرة التنزلية :

هناك من الأدلة ما يبين أن البيئة التي ينشأ فيها المريض بالفصام وينمو أبعد من أن تكون بيئة سوية إذ من الأمور المألوفة في هذه البيئة وجود الاضطرابات بين الآبوين، وبينهما وبين الطفل، وسيطرة الامهات على الابناء، وسيطرة الآباء على البنات في رأى البعض من الأمور الظاهرة مما يؤدي إلى الخلط في تقمص دور الجنس المناسب . كما أن هناك ما يدل على انتقال السلوك المرضى من جيل إلى جيل . وقد بينت بعض الدراسات وجود توارث مرضى symbiotic من وقت مبكر بين من مرض بالفصام واحد الوالدين (أليان وآخرون ١٩٦٥ ، وارنج وآخر Waring et al ١٩٦٥) .

ولما كان المريض بالفصام لا يصل عادة إلى حالة التدهور فجأة إذ من المألوف أن يمر المريض بفترة طويلة تبدو عليه الاعراض الممهدة للمرض بشكل يصعب معه التنبؤ بما سيؤول إليه أمره فقد دعا هذا العلماء إلى دراسة طفولة الفصامى ونقبع مراحل نموه من ناحية العلاقة بالوالدين ومن ناحية السمات المميزة له في طفولته .

وفي دراسة لولمان Wolman (١٩٦١) ثلاث وثلاثين حالة من المرضى وجد أن الآباء قد فشلوا في لعب أدوارهم كأباء وكأزواج ويذكر أنه يبدو أن كلا من الأب والام قد فشلا في العطاء . إذ كانت الام تطالب طفلها بالحب ، بينما كان الأب يأخذ عدة أدوار منها المرض والثورة والحرب والتنافس مع الطفل بدلا من حمايته . ونتيجة لذلك كان الطفل يضطر إلى إتخاذ إتجاه العطاء فيقلق على والديه ويتملكه الفزع .

وفي بحث لجارمزي Garnezy وآخرين (١٩٦١) لتقرير أهم المظاهر ذات

الدلالة في الحلفيات الأسرية كما يراها الفصاميون سئل المفحوصون أن يعودوا
بذاكرتهم إلى الوراء حين كانوا في عمر ١٣ ، ١٤ سنة ويحيوا على إستييان عن
ممارسات تربيتهم كأطفال ويبان إتجاهات الوالدين في ذلك الوقت . قورنت
إستجابات الفصامين بمن لهم تاريخ مرضى جيد بالفصامين من ذوى التاريخ
المرضى السوء ، كما قورنوا جميعا بعموم المرضى في المستشفى وبعيثة سوية . بينت
النتائج أن هناك علاقة ذات دلالة ومباشرة بين مستوى التكيف ودرجة
الانحراف في الإتجاهات الوالدية . ووصف الآباء بأنهم كانوا متسلطين ، أكثر
عما كانوا حماة لابنائهم أو نابذين لهم . واختلف الأسوياء عن الفصامين في
وصفهم للإتجاهات الوالدية على الرغم من أن جميعهم نظروا إلى الآباء كتسلطين
وانتهموا الأمهات بفرض حمايتهن الزائدة عليهم .

وتؤكد هذه النتائج نتائج بحث قام به ماك جى Mc Ghee (١٩٦١)
قورنت فيه أمهات الفصامين البالغين بأمهات المرضى بالعصاب وأمهات الأسوياء
(٢٠ حالة في كل مجموعة) في الإستجابات على إستييان عن تربية الأطفال . فتبين
أن أمهات الفصامين كن أكثر تسلطا ويبدو أنهن يخفن الجنس . وعلى اختبار
لا كمال الجمل تبين تمتع أمهات الأسوياء بصحة عقلية أحسن من أمهات الفصامين .

وقام ماك أندرو وجيرتسا McAndrew & Geertsma (١٩٦١) بفرض
أوصاف صور أمهات المرضى بالفصام التى أعطاهما ٢٠ من أطباء الأمراض العقلية
وقد توصلا إلى ثلاثة مفاهيم تتعلق بأمهات هؤلاء المرضى :

- ١ - الأم « العدوانية » ، النابذة لطفلها وهى من معاناتها من شعور حاد بالذنب
وعدم الأمن العام تعزل انفعاليا عن الآخرين .
- ٢ - الأم المتسلطة التى ليست على استعداد للانحناء أمام رغبات طفلها وهذه

تعانى من أنا أعلى جامد ، تسيطر وتفتر إلى المرونة وقد ينظر إلى هذا على أنه انعكاس يشكل قوة عصائية في الخلق .

٣ - الأم الخائفة التي تشعر بعدم كفايتها ، والتي تعاني من شعور بالذنب حاد وعدم أمن تقابلها بهروب إلى المجهول والعرف مما يؤدي إلى كبت حرية التعبير عن النفس .

وفي دراسة لبرودي Brody (١٩٦١) كانت العينة من الزوج الأمريكيين المرضى بالفصام . بينت الدراسة أن أفراد العينة كانوا يشتركون فيما يلي :-

١ - عائلات أموية في الجوهر الأم فيها عدوانية وهي المحور الذي يدور حوله نشاط الأسرة ، بينما الأب سلبي أو غائب أو بعيد .

٢ - وجود علاقة هامة مع فرد أكبر بقليل من نفس الجنس من الاصدقاء أو الاخوة أو أبناء العمومة أو الحال ونزعة نحو فهم هذه العلاقة قبل الانهيار .

٣ - وجود أمراض عقلية تتميز بعناصر اضطرب وإهتمام جسماني وإتجاهات اضطهادية وأوهام غير منظمة .

٤ - نزعة نحو الجنسية المثلية أو العنانية تتضمن نشاطا جنسيا مثليا .

وفي بحث قام به لوي شونج Lu Yi Chuang (١٩٦٢) في أمريكا مستخدما المقابلة المركزة مع ٥٠ حالة من حالات الفصام المزمن من ذوى الاخوة غير الفصامين (تحت سن ٢٥ سنة ، من البيض ، ومن الطبقات الدنيا ، وفي مستوى التعليم الابتدائي) ومع الاخوة وغيرهم من الافراد ذوى الدلالة بالنسبة للرضى فوجد ما يلي :-

١ - تناقض في توقعات الآباء من ناحية الاعتماد والاستقلال ، يزاوج ذلك الجهود المستمرة التي كان يبذلها الاطفال قبل المرض للانصياع لكلا التوقعين .

وجود بعض الخبرات عند الولادة وأثناء الطفولة تحفز الآباء والاطفال على أن يسلكوا هذا المسلك

٣ - وجود بعض العوامل الثقافية الاجتماعية التي يبدو أنها تصعد النقطة الحرجة في المشكلة وتؤدي إلى تطور الفصام.

وفي دراسة لبوللاك وزملائه Pollack et al (١٩٦٦) تم تقدير خصائص الطفولة تقديراً أعمى من تقارير الأمهات وقورنت حالات ٤٤ من صغار البالغين المرضى بأشقيائهم الأسوياء . بينت الدراسة اختلاف المرضى اختلافاً له دلالاته عن إخوتهم في عوامل مختلفة في الطفولة إذ كان تكيفهم عموماً أقل ، وقد بدأ المرض مبكراً عند الذين كانت لهم سجلات تبين إنحرافاً أكثر شدة .

تفسير الفصام :

تعددت الآراء التي تحاول تفسير مرض الفصام غير أن معظم هذه الآراء لا زالت مجرد فروض لم تتحقق ، وإذا صدقت على بعض الحالات فإنها لم ترق إلى مستوى التعميم وذلك لأن مرض الفصام متعدد مظاهره وتصنيفاته ، وهناك شك فيما إذا كان من الممكن التوصل إلى تفسير شامل يصدق عليها جميعاً رغم المحاولات التي تبذل للعثور على عناصر مشتركة تجمع بينها . فهناك مثلاً نوبات فصامية مؤقتة تعترى بعض الأفراد ممن كانوا أسوياء قبل هذه النوبات ، وتمر النوبة ويعودون إلى ما كانوا عليه من السواء دون عودة النوبات إليهم ، وهناك الحالات المرضية التي تستمر وينتهي الفرد معها إلى الانهيار التام فالفصام ليس وحدة مرضية واحدة ولكن فئة تضم مجموعة من الأمراض المتعددة لها مظاهر مشتركة أهمها غرابة الأعراض وتشوشها ، وكذلك غرابة الأفكار والانفعالات وصعوبة التنبؤ بها . فالمشكلة التي يجابهها علماء الطب العقلي وعلماء النفس هي : هل تعزى هذه الخصائص المشتركة إلى عمليات عقلية مشتركة ؟

١ - التفسير الفرويدي :

يفسر الفرويديون الفصام بعملية « التكوّن » ، ونكوص الفصامى يختلف عن نكوص العصبي في أنه نكوص يعود إلى مرحلة تسبق أى مرحلة ينكص إليها أى مريض بالعصاب . ففي شرحنا لنظرية فرويد في الفصل الثانى بينا أن الأنا تتكون تدريجياً نتيجة للتفاعل مع الواقع الخارجى . والطفل في البداية لا تميز عنده مظاهر الجهاز العقلى الثلاثة الأنا واللا ا الأعلى والهى . ويطلق على هذه المرحلة - مرحلة عدم التمايز - اسم مرحلة النرجسية الأولية . والفصام عند الفرويديين هو نكوص إلى هذه المرحلة التى كانت فيها الأنا غير متميزة أى نكوص إلى النرجسية إذ يفقد المريض اتصاله بعالم الأشياء أو عالم الواقع وتحطم أناه . وتشير بعض أعراض الفصام على أنها تعبير لنكوص تحطمت فيه الأنا ومحاولة إنفصالها عن عالم الأشياء الذى ساعد على تكونها والعودة إلى المستوى البدائى ، كما تشير بعض الأعراض إلى محاولة المصالحة والترويم . ويدخل في الأعراض من النوع الأول انتخيلات التى تتضمن الرغبة في تحطيم العالم ، والاحساسات الجسدية ، وانفصال الشخصية (غريبها وغرابتها للشخص نفسه) واوهام العظمة ، والطرق البدائية في التفكير والكلام ، وبعض الأعراض الهيفرينية والكتاتونية . ويدخل في الأعراض من النوع الثانى الهلوسة والاوهام ومعظم السلوك الاجتماعى والكلام الشاذ للفصامى والأعراض الكتاتونية الأخرى .

والخلاصة أن الفصامى يفشل في تنظيم العلاقة بالموضوعات بطريقة واقعية لانقطاع الرابطة الإنفعالية بالموضوعات والتكوّن إلى مرحلة عالم ما قبل الأشياء قبل تكون الأنا .

لقد تمت دراسات عديدة لتحقيق صدق فرض التكوّن وتحطم الأنا

واجتياح الهى لها . واتخذت بعض الدراسات إتجاه مقارنة تفكير الفصامين بتفكير الاطفال ولقتهم لبيان ما إذا كان الفصام يمثل نكوصا إلى مرحلة بدائية طفلية وأن تفكير الفصامين يشبه تفكير الاطفال . واتخذت بعض الدراسات الأخرى إتجاه مقارنة الفصامين بالبدايين لبيان ما إذا كان السلوك الفصامى نتيجة للنكوص يشبه السلوك البدائى . ويضيق المقام عن عرض هذه البحوث وتكفى الاشارة إلى بحث قام به تشابمان Chapman (١٩٦١) وآخرون صمموا فيه إختبارين لتقدير إستخدام الكلمات المختلفة ، وقورنت إستجابة تلاميذ المدراس الابتدائية عليها بإستجابات الفصامين فتبين لهم أن تفكير الفصامين فى بعض العمليات وإن كان يشبه تفكير الاطفال إلا أن الاختلافات بينها أكبر ويرفضون بالتالى فرض النكوص .

أما المقارنة بالبدايين فقد أوضحت أيضا إختلافات بين المرضى بالفصام والبدايين ورفض فرض النكوص على أساس أن البدائين أنفسهم يوجد فيهم حالات مرض الفصام .

وإذا كانت بعض البحوث لم تؤكد صحة هذا الفرض فلا يعنى هذا رفضه إذ لازال الفرض قائما تحت التمحيص . ويرى العالم السويسرى ستشيهاى Sechehaye (١٩٦٥) أن أنا الفصامى ليست محطة تماما كما يبدو إذ يبين التحليل الديناميكي ثلاث عناصر فى أنا الفصامى هي : الأنا البالغة ، والأنا الناكسة ، والأنا المخرفة ، ووظيفة المعالج محاولة توحيد هذه العناصر وخفضها وتسويتها .

٢ - التفسير البافلوفى :

يرى بافلوف أن ردود الفعل الفصامية تعود إلى انتشار نوع من الكف الوقائى فى المخ . ونظراً لضعف خلايا المخ عند الفصامى تصبح المنبهات العادية

حادة وتؤدي بالتالى إلى تكوين الكف الوقائى . ويتكون الكف عادة فى القشرة ولكنه قد يصل إلى جذع المخ . وتتوقف الصورة الاكلينيكية على قوة ومدى عملية الكف . فنوبات الهياج فى الكتاتونية مثلا تحدث فى الجالات التى يكون الكف عندها فى القشرة فتفقد سيطرتها على طبقات ما تحت القشرة لذلك تكون حركات الكتاتونى فى نوبات الهياج مضطربة غير منتظمة وغير متاسقة . ويختلف الهياج الكتاتونى عن الهياج فى مرض الهوس والاكتئاب فى أن القشرة فى الحالة الثانية تكون فى حالة استثارة وبالتالي تكون لها السيطرة على الحركات التى تكون فى العادة هادئة .

ومن المعروف أن الكفاين Caffeine يقوى من عمليات الاستثارة فاعطاء جرعات منه للمرضى بالكتاتونية فى حالة الهياج يؤدي إلى التهدة أما فى حالة هياج المريض بالهوس فإن جرعات الكفاين تزيد من هياجه ويعزى ذلك إلى أن هذه الجرعات فى الكتاتونية تزيد من استثارة القشرة ، وبالتالي تؤدي إلى قيامها بوظيفتها التنظيمية على عمليات طبقات ما تحت القشرة .

أما هياج الهيفرينى فيفسر على أساس إرتباطه بكف جزئى فى القشرة وفك عقال الكف فى طبقات ما تحت القشرة .

ويفسر التخشب الكتاتونى على أساس الكف الذى يعترى كلا من القشرة وطبقات ما تحت القشرة .

وتقسم سلبية الفصاى إلى سلبية إيجابية وسلبية سلبية . فى السلبية السلبية لا يستجيب المريض لما يؤمر به فإذا طلب من المريض على سبيل المثال الوقوف فإنه يظل جالسا . ولا يستجيب المريض أحيانا لما يطلب منه إذا قيل له فى صوت مرتفع أو بنغمة عادية ولكنه ينفذ الأوامر إذا همس له بها فى أذنه . ويعزى هذا إلى وجود مرحلة التناقض . أما إذا رفض المريض الاستجابة لما يطلب منه سواء بصوت مرتفع أو بالهمس فيعزى هذا إلى وجود مرحلة ما فوق التناقض .

أما السلبية الإيجابية فلها ديناميكية أخرى إذ يحدث على سبيل المثال أن يطلب من المريض مد ذراعه فيثنيه والعكس بالعكس وهذا يعزى إلى أن مجموعة عضلات الثني والمد لها مراكز محددة في القشرة فطبقا لقانون التوالد السلبى negative induction فحين يستثار مركز الثني فإن مرا كز المد يعترىها الكف فإذا طلب من الفرد مد ذراعه فإن منها محدداً ينتقل إلى مركز المد ، ومن الطبيعي أن يستثير هذا المنبه مركز المد فيمد المريض ذراعه ، غير أن الأمر لا يحدث بهذا الشكل عند الفصامى حين تكون خلايا القشرة ضعيفة فالمنبه الذى ينتقل إلى الخلايا الضعيفة يؤدى إلى الكف الوقائى بدلا من أن يؤدى إلى الاستثارة وطبقا لقانون التوالد الإيجابى يؤدى الكف الذى أعترى مركز المد إلى استثارة مركز الثني فيثنى المريض ذراعه .

وتعزى الانية أو التوقع الذاتى، autism واضطراب التفكير فى الفصامى إلى الكف فى القشرة إذ يفسرا لتوقع الذاتى بوجود مرحلة التناقض فى القشرة ومنها تكون الاستجابة للنبهات الضعيفة أقوى من الاستجابة للنبهات القوية . لذا تكون آثار الخبرات الماضية والمفاهيم الماضية أهم لدى المريض من النبّهات الحالية . ويتضح لنا تبعا لذلك لماذا لا يجيب المريض المصاب بالتوقع الذاتى عن الأسئلة إجابات مباشرة . فإذا ما أعطى جرعات من الكفاين أعطى الاجابات المطلوبة .

ويرى الماديون أن ردود الأفعال الفصامية الأساس فيها هو ضعف خلايا المخ . والسبب فى هذا الضعف تسمم الكائن الحى كله بما فى ذلك المخ واختلال العمليات الميتابولية وخاصة البروتينية . أما سبب هذا التسمم فليس معروفا حتى الآن . وقد أثبت البحث الميكروسكوبى للمخ وجود إختلالات عضوية فيه .

٣ - تفسيرات أخرى :

يقين من عرضنا للبحوث التي تناولت علاقة الفصام بالابوين وطفولته أنها حاولت تأكيد عملية التفاعل الاجتماعي والموقف الاجتماعي والعلاقات المتبادلة بما يتفق واتجاه ماير والفرويديين المحدثين ومدرسة الذات ويمكن تلخيص الآراء التي قدمت فيما يلي :-

١ - فشل الآباء في لعب أدوراهم كأزواج وكآباء وعدم إمتصاص الطفل لنوره السليم من الأب من نفس جنسه ، فاهتز دوره تبعاً لسنة وجنسه ، أو جمد على الدور غير المناسب .

٢ - بعد أن رفض وولي Woolley (١٩٥٢) الأسباب العضوية أو الكيميائية الحيوية أو الانهاط الجسمية أو العوامل الوراثية كتفسير لردود الفعل الفصامية عرف الفصام على أنه شكل حاد من ردود الفعل الحادة للخوف مساوية لحالات الرعب . أما في الحالات المزمنة فهي ردود أفعال مختلفة تتمثل في الهيفرينية الاضطهادية، وأن هذه الردود متعلقة وتوجد عملياتها في مجال العلاقات الانسانية الديناميكي . والدليل على أنها ردود أفعال تمثل حالات رعب الهياج الذي يعترى المريض بالكتاتونيا ويتمثل فيه الرعب بأجلى مظاهره . ولا يعني هذا أن جميع حالات الرعب تعتبر ردوداً فصامية . إن الرعب الفصامي ينتج في العادة عن منبهات ضعيفة لا تستدعي مثل هذه الردود .

وبعد أن استعرض عدة حالات إستولى عليها الرعب من مواقف لا تستدعي ذلك فانهارت وشخصت بمرض الفصام وجد أن العامل المشترك فيما آل اليه أمر هذه الحالات هو وجود إندفاعات للجنسية المثلية . ففي إحدى الحالات إتهام الشخص واحترابه الهياج وهو جالس في مقعد العلق عاجزاً ومخل عليه رجل

ضخم كثيف الشعر ذو نظرات قاسية ، بينما انهار آخر حين راوده شخص عن نفسه على سطح سفينة . ويستدرك وولى ويذكر أنه ليس من الضروري أن يكون السبب المباشر الشعور بخطر الجنسية المثلية ، فقد يحدث الانهيار في بعض الأحيان لوجود الرغبات الجنسية نحو المحرمات ، أو لاقتراف ذنب يعاقب عليه القانون ، أو الفشل في العلاقات الجنسية مع الجنس الآخر ، أو للشعور بالجين في موقف من المواقف، أو عدم السلوك كرجل في موقف يستدعي إبراز الرجولة وبالنسبة للمرأة لعب دورها كاتنى .

أما عن تكوين شخصية من أدت بهم هذه المواقف إلى الانهيار فتبين دراستها أن الأم كانت تتصف بالبرود العاطفي ، والسيطرة ، والرجسية ، وعدم العطاء في الحب للطفل ، ورغبات لاشعورية في موته تغطي في غالب الأحيان بالحماية الزائدة والتدليل ، ويحس الطفل شعورياً ولا شعورياً بكل ذلك فيه تربية قلق يضعب تفسيره .

خلاصة :

نختتم العرض بما انتهى اليه كايند Kind (١٩٦٥) بعد أن استعرض كل ما كتب عن الفصام في بحر ثلاثين سنة حتى سنة ١٩٦٥ إذ يذكر أن هناك اتجاهات في النظريات السببية يبين أنها تقوم على مسلمات مسبقة بدلا من أن تقوم على ملاحظات غير متميزة كما يستخلص ما يلي :-

- ١ - إن الاستجابات الفصامية والتي كانت تساق الأدلة على أنها نتائج لصدمات نفسية قد قل الاعتماد عليها .
- ٢ - من الممكن الوصول إلى نتائج إيجابية بالهـ علاج النفسى مع المرضى بالفصام المزمن .
- ٣ - يرتبط الوسط العائلى ارتباطاً وثيقاً بظهور ردود الافعال الفصامية .

٤ - يأتي الفصاميون في الغالب من الطبقات الدنيا والمهاجرين .

٥ - إن تأكيد عامل الوراثة لم يعد له القيمة الكبرى والتأكيد حالياً على تفاعل الفرد مع وسطه الإجتماعى وتاريخه وتكوينه الجسمى .

وتتعدد الدراسات التى تبين أن المرضى بالفصام قاذرون على الانتاج وأن برامج التدريب المهنى من الممكن أن تكون برامج علاجية وإنتاجية فى نفس الوقت ، وأن كثيراً منهم من الممكن أن يتكيفوا مهنيًا تكيفاً سليماً بعد الخروج من المستشفى . (أولشانسكى وآخرون ١٩٦٠ ، كوتة Conte ١٩٦١ ، باترسون Patevson ٩٦٢ ، وادزورث وآخرون Wadsworth et al ١٩٦٢) .

الفصل الحادى عشر

الاضطرابات الانفعالية

ذهان الهوس والاكتئاب

لمحة تاريخية :

من الأعراض التى وصفها إبتراط فى القرن الرابع قبل الميلاد: كولا (الاكتئاب) والهوس . ومنذ القرن الاول الميلادى والأطباء يرون أن الاكتئاب والهوس مظهران لمرض واحد . وفى سنة ١٨٥١ قدم الطبيب الفرنسى فالريت كما سبق أن ذكرنا مصطلح الجنون الدورى Folie circulaire كما قدم بايلارجر مصطلح الجنون ذو الوجهين ، Folie a double forme على أساس أن الهوس والاكتئاب يتناوبان كظهرين لمرض واحد واعتبر كرايبلين كل حالات الاكتئاب وكل حالات الهوس والهياج مظاهر لعملية مرضية واحدة ذات قطبين يحتل الهوس احدهما والاكتئاب الثانى . ومع ذلك فهناك من يعترض على وضع المرضى بالهوس والمرضى بالإكتئاب فى فئة واحدة . وهناك ما يبرر هذا الاعتراض بيولوجيا ونفسيا .

١ - الهوس

يعرف الهوس بأنه حالة هياج يبدو فيها المريض فى حالة نشوة ونشاط زائد وتتفاوت هذه الحالة فى الدرجة عما دعا الأطباء إلى تقسيم الهوس إلى منخفض Hypomania وحاد acute ، وحازدائد hyperacute.

الهوس المنخفض :

يبدو وكأنه حالة عارضة من حالات النشوة يزداد فيها النشاط العام والتجلى في فرد كان في العادة هادئاً ومستكيناً وتبدو هذه الحالة في أعين المحيطين بالفرد وكأنها ظاهرة طبيعية تدل على تغيره إلى الأحسن فيشجع على الاستمرار فيها . وقد يعقب الهوس المنخفض حالة من حالات الاكتئاب . ويمكن تشبيه حالة المراه في هذه الحالة بالمخمور الذي لم يفقد وعيه إذ يكون في حالة نشوة ومرح أو عدوانياً منطلقاً في الكلام جريئاً واثقاً من نفسه ثقة زائدة عن الحد مخاطراً متحدياً الصعاب . ويعانى المريض في هذه الحالة من عدم النوم والامساك وفقدان الوزن .

ويصعب اقناع المريض ومن حوله بأنه ليس على ما يرام لأنه يشعر بأنه في أحسن حالاته . ومع ذلك فقد يغامر بتنفيذ أفكار أو القيام بمشاريع قد يكون فيها خطر على مستقبله الاجتماعى والاقتصادى والشخصى . وقد تستمر نوبة الهوس من هذا النوع مع المريض عدة أسابيع وتتم بسلام دون علاج ودون الحاجة للإيداع في المستشفى غير أن التصرفات التى تتم خلالها قد يكون لها أضرارها على الفرد وسمعته .

الهوس الحاد :

وفيه يشعر المريض بالنشوة والاضطراب ويبدى نشاطاً زائداً يشعر معه بثقة بالغة في نفسه وفي قوته ، ويبدو مشغولاً دائماً ، قليل الصبر ، عزيزاً عليه النوم ، ويغنى ويرقص متحدياً غيره ، مظهر الغضب ، محاولاً الشجار لإظهار قوته أو للسيطرة ، كما يتحدى المسئولين عنه أو المشرفين عليه ، ويكثر الكلام طارقاً موضوعاً بعد الآخر دون وجود رابطة بين الموضوعات الكثيرة التى

يطرقها . وقد يلجأ إلى السجع وضرب الأمثال والسب والوقاحة : وقد تقلب موجة تشاطه إلى غضب وثورة خاصة إذا ما اعترض سبيله أى معترض . ونظرا للشاكا، التى يخلقها المريض فى هذه الحالة بمشاكسة غيره من المرضى ومعاندتهم وتحديهم ومحاولة التدخل فى كل شىء والسيطرة على الموقف ، فقد تحتم الضرورة عزله لصالحه . ولا تلجأ كثير من المستشفيات فى البلاد المتعدية إلى استعمال العنف أو قيد المريض إذ أثبتت التجارب أن ضرر هذا أكثر من نفعه . ويهمل المريض فى حالات التجلى حاجات النظافة وما تقتضيه لعناده . إلا أنه بالرغم من هذه الوقاحة والعناد وعدم تحمله للنقد تكون عنده حساسية زائدة وكبرياء يمكن إستغلالها بإظهار الاحترام له ومعاملته معاملة حسنة وإظهار الصداقة له بما يؤثر فيه تأثيرا بالغا .

الهوس الحاد الزائد :

إذا وصل الهوس الحاد إلى درجة أصبح فيها المريض خطرا تصعب السيطرة عليه وأصبح نشاطه مدمجوبا بهلوسة وتفكيره مهوشا مايتأ بالاهام قيل إنه فى حالة " هوس تهريفي ، delirious mania أو هوس حاد زائد hyperacute mania . ونظرا لخطورة مثل هذه الحالات لتحميل الجهاز التنفسى والقلب أكثر من طاقتها سميت هذه الحالة بأسماء عدة ، منها الانهيار التهريفي ، والتهريف الخطير ، والتيفومانيا ويرى الكثيرون أن الهوس الزائد ليس إلا صورة من صور الهوس الحاد بما لا يستدعى تخصيص تصنيف منفصل له .

٢- الاكتئاب

ميز أبقرراط فى قديم الزمان مالا يقل عز ست أنواع من مرض المالىخوليا (الاكتئاب) غير أن الصورة الاكلينيكية التى أعطاها لبعض هذه الانواع يمكن

أن تطبق في ضوء الطب العقلي الحديث على ذهان الاضطهاد وذهان الفصام والعصاب . وفي القرن الأول الميلادي وصف اريتايوس Aretaeus هذا المرض غير أن بعض أوصافه إذا عصمت لا تطبق على مرض الاكتاب كما هو معروف حاليا . واستمر الخلط حول طبيعة هذا المرض وأسبابه وعلاجه على مر العصور . ثم تبلورت الجهود في تصنيف كراييلين الذي ميز ستة أنواع من الاكتاب هي الاكتاب البسيط ، والاكتاب الذهولي ، والماليخوليا الخطيرة ، والماليخوليا الاضطهادية ، والماليخوليا الوهمية ، والماليخوليا التهريفية . غير أنه غير من رأيه بعد ذلك واعتبر كل أعراض الاكتاب بما في ذلك الاكتاب التحولي *involucional melancholia* مظاهر لمرض واحد هو ذهان النواب أو الذهان الدوري . وهذا هو الاتجاه المتبع حاليا مع فصل الاكتاب التحولي واعتباره مرضا منفصلا على أساس أن الاسباب فيه تختلف عن أسباب كل أنواع الاكتاب الأخرى .

ويشعر المريض بالاكتاب بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء ويفقد قدرته في السيطرة على نفسه إذ يصعب عليه كبح موجة الاكتاب ، وتعتبره فترات يفقد فيها ذاكرته ويصعب عليه إدراك ما حوله ، فتعتبره البلادة الذهنية ، ويختل تفكيره ، ويبدو وكأنه يعاني من كابوس بغيض . ويعبر المريض عن شعور مرير بالذنب متبها ذاته ميئامدى احتقاره لها ومدى جدارته بأقصى العقاب الذي يتوقعه من أي فرد في أي لحظة . ويصعب انتشال المريض من كربه ، فيفقد الشهية ولا ينام إلا غارارا ، ويعجز عن القيام بأي وجه من أوجه النشاط العادية ، وقد يستدعى الأمر إطعام المريض بالقوة . ومن الأعراض المألوفة شكوى المريض من جفاف الفم والحلق ومن كثير من الأمراض الجسدية التي لا وجود لها

وتكون هذه الشكوى جزءا من أوهامه وتتركز عادة حول وظائف المعدة والأمعاء . وقد يعصر بهض المرضى على عدم وجود معدة أو أمعاء لهم . ويخشى على كثير من هؤلاء المرضى من محاولة الانتحار .

وجدير بالذكر أن هذا المرض يحتل المرتبة الثانية في الأهمية بعد مرض الفصام إلا أنه يفترق عنه في أن نسبة كبيرة ممن يصابون به تشفى عادة منه . ونادرا ما يصيب هذا المرض فردا ثقل سته عن ١٨ سنة كما أن نسبته بين النساء أعلى مما هي عليه بين الرجال .

ويمكن تقسيم الانقباض إلى : خفيف وحاد وذهولي . ويبدو الاكتئاب الخفيف في شكل شعور بالاجهاد وثبوت العزيمة وعدم الشعور بلذة الحياة وقد يحاول اصدقاء المريض إلتشاله من كربته بالترويح عنه ، وقد ينجحون وقد لا ينجحون وغالبا ما تؤدي مثل هذه المحاولات إلى زيادة شعوره بالتعاسة وفقدان الثقة بالنفس ويعتري البطء تصرفاته وكلامه وتفكيره ، ويصبح نومه عزيزا كما يعاني من الإمساك وفقدان الشهية . وقد لا يعير البعض إهتماما لمثل هذه الحالات ويفسرونها على أنها نوع من الشعور بالاجهاد أو الملل غير أن خطر إنتحار المريض الذي يعاني من مثل هذه الحالات كبير . بل إن خطر محاولة إقتراف جريمة القتل عند الآخرين موجود أيضا إذ قد يرى المريض أن الحياة ستكون مظلمة بالنسبة لأولاده وزوجته ومن يعولهم فيحاول أن يخلصهم منها . ومن الممكن أن تمر هذه الحالات دون إبداع في المستشفى غير أن خطر محاولة الانتحار يتطلب من المعالج أن يكون حذرا ومن الأسرة أن تكون على وعى ودائمة الملاحظة للمريض .

أما في الاكتئاب الحاد فينطبق عليه الذي سبق أن قدمناه في تعريفنا بهذا المرض .

أما الاكتئاب الذهولي فيمثل أقصى درجات الحدة من المرض . فإذا ترك المريض وأمره فإنه يظل راقدا دون حركة وليس لديه أى إستعداد للاستجابة فيعزف عن الأكل والشرب . وإذا وضع له الأكل في فمه تركه دون مضغ حتى يتم إخراج منه . ويهمل المريض عمليات الإخراج تماما ويكتم برازه مما قد يؤدي إلى الأضرار به إذا لم يتم إخراج البراز يدويا . ويصعب في بعض الأحيان التمييز بين الاكتئاب الذهولي والفصام الكشائوني لتشابه حالة الذهول والتخشب التي يكون عليها المريض في كل منها .

ويطلق على الاكتئاب الخفيف والحاد والذهولي مصطلح الاكتئاب التأخرى retarded depression للتفريق بينها وبين حالات الاكتئاب التي يعترى فيها المريض الاضطراب والهياج agitated depression إذ تعترى فيها المريض حالات تآكل الذي يعاني من القلق إذ يعجز عن الاستقرار في مكان واحد ، ويتحرك هنا وهناك منطلقا منها نفسه بكل الاتهامات ، معبرا عن عجزه وضياع أمله في الحياة ، ويعاني من عدم النوم وفقدان الشهية وفقدان الوزن متوقعا العذاب والعار . ويحتاج مثل هؤلاء الأفراد للرعاية خوفا من نزعاتهم الانتحارية.

نشير أخيراً إلى نوع من الاكتئاب يصيب الأفراد غالباً في الأعمار المتوسطة والمتأخرة وخاصة النساء في العمر ما بين ٤٠ - ٥٥ سنة والرجال ما بين ٥٠ - ٦٥ والمعروف أن هذه المرحلة يطلق عليها مرحلة سن اليأس . وتشمل الأعراض في شعور المريض بالاضطراب والعجز عن النوم ، والشعور بالتفاهة مع إتهام الذات والرغبة في الموت ، فإذا كانت إصابة المريض بمثل هذه الحالة الأولى من نوعها في حياته شخص المرض « اكتئاب تحولى » ... أما إذا كان في تاريخ حياته نوبات مماثلة كان التشخيص « ذهان دورى »

ومن الناحية النفسية يرى البعض أن الأشخاص الذين يصابون بنوبات الكآبة والحزن في هذا المرض يكونون عادة قبل إصابتهم من النوع المتزمت الذى يتحكم فيه ضميره فيقتسو على نفسه ، ويحاسبها حساباً عسيراً ، وينحون نحو الدقة في أعماله مبتغياً الكمال في كل شيء خوفاً من نقد الغير له ولومه ، كما يميل إلى التضحية وإنكار الذات ، بما قد يمرضه لاستغلال من لا ضمير له من حوله، ولديه الإستعداد لتحمل أخطاء الغير والوقوف دائماً في صف الضعيف، فإذا ما أصابته مصيبة تحملها بصبر دون شكوى أو مفضل . وهو خجول متواضع يميل دائماً إلى الانتقاص من قدر نفسه ومن كفاءته ، ويصعب عليه الكذب ، فإن حاول كانت محاولاته كمحاولات الأطفال، ويؤنبه ضميره عليها ، وهو عادة أمين يمكن الإعتماد عليه .

أما الذين ينتابهم المرض في مظهره الآخر، فهم عادة من النوع الاجتماعى الذى يجب الاختلاط والمزاح، وهو ثقيل في مزاجه لا يرفعى شعور الغير، كما أنه يحدث لبق ، ومغازل ماهر للجنس الآخر. ولا يقف أمامه عائق في سبيل تحقيق أغراضه ولا يتورع عن الكذب دون حياء أو خجل، ويسعى إلى الناس، ولا يحتمل البقاء وحده ، وهو قادر على بذل الجهد والتجاح فيما يندمج فيه من عمل إن أراد ذلك ، وهو عادة يتأرجح بين الدهاء وبراءة الطفولة وقد يشارك الغير في شعورهم إلا أنه عاجز عن تقدير أو فهم إختلاف غيره عنه في الرأى ، ولديه القدرة على وزن الآخرين وتبيان نواحي قدرتهم ونواحي ضعفهم ، إلا أنه عاجز عن تقدير شعورهم نحوه .

دراسات حول الاكتئاب :

١ - أعراض الاكتئاب :

قام روزنتال وآخرون (١٩٦٦) بدراسة ٥٠ حالة من الإناث المَرْضَى بالاكتئاب لبيان أهم أعراض الاكتئاب بتطبيق التحليل العامل فتوصلوا إلى ٢٥ عرضا . وتبين أن بعض الأعراض يجمع بينها عامل واحد هي فقدان النوم ، وحدة المزاج ، والبلادة ، والشعور بالذنب ، وتآبيب الذات ، وفقدان الوزن ، وأنماط من الهواجس والاضطرابات وفقدان الاهتمام بالحياة . ويتفق العامل الذي يجمع بين هذه العناصر والصورة الاكلينيكية الكلاسيكية لهذا المرض ويرتبط إرتباطا سلبيا بعوامل البيئة والشخصية الهستيرية . ويرى روزنتال وزملاؤه أنه لم تكن هناك عوامل بيئية مباشرة أدت إلى المرض كما أن الشخصية كانت متوافقة نسبيا قبل المرض .

٢ - الاكتئاب وفقدان أحد الأبوين :

لما كان هناك رأى يعزو زيادة الاصابة بهذا المرض إلى البيئة وفقدان أحد الأبوين أو كليهما فقد تعددت الدراسات التي تحاول بيان صحة هذا الرأى . فقد وجد براون (١٩٦١) في مجموعات غير مختارة من المرضى بالاكتئاب أن نسبة ٤١٪ منهم قد فقدوا أحد الأبوين قبل سن ١٥ سنة . وتزيد هذه النسبة على النسبة في المجموعة التي اتخذها كجموعة ضابطة وعن النسبة في الاحصاء العام . كما وجد أن فقدان الام له دلالة في جميع الاعمار أما فقدان الاب فله دلالة بالذات في العمر ما بين ٥ - ١٤ سنة ويوحى البحث بأن فقدان أحد الوالدين له أهميته في تشخيص حالات الاكتئاب . ويرى براون أن الاكتئاب الذي يأتي في مرحلة متأخرة من العمر قد يكون من أسبابه جزئيا نبذ في موقف أحياء لاكتئابا غرض في الطفولة . وفي بحث قام به بك Beck وزملاؤه (١٩٦٣) طبقوا فيه اختبارا يقيس

الاكتئاب على ٢٩٧ مريضا في أحد المستشفيات واختاروا مائة من ذوى الدرجات العالية على الاختبار ومائة من ذوى الدرجات المنخفضة فبين لهم أن ٢٧٪ من ذوى الدرجات العالية و ١٢٪ من ذوى الدرجات المنخفضة قد فقدوا أحد الأبوين قبل سن ١٦ سنة وكانت نسبة من فقدوا أحد الأبوين قبل سن أربع سنوات عالية بين ذوى الدرجات العالية .

وتتفق النتائج في البحثين السابقين مع نتائج البحث الذى قام به مازو Munro (١٩٦٦) فى إنجلترا إذ قارن مجموعة تتكون من ١٥٣ حالة تعاني من الاكتئاب بمجموعة ضابطة من الأسوياء تتكون من ١٦٣ فردا لبيان ما إذا كانت هناك اختلافات من ناحية عامل الانفصال بين الطفل والديه . وكانت نسبة من يعانون من اكتئاب حاد فى العينة التجريبية تكون حوالى ثلثى أفراد العينة . وقد وجد أن نسبة كبيرة منهم قد فقدت أحد الوالدين بالموت قبل سن ١٦ سنة . وهو يرى أن موت الأب أو الأم لا يبدو أن له أهمية خاصة فى تشخيص الاكتئاب بيد أن الذين كانوا يعانون من اكتئاب حاد ظهر أن العلاقات كانت مضطربة مع الوالدين فى الطفولة كما تواترت بينهم نسبة وفيات الأمهات بالسرطان وهذا قد يوحى إما أن هناك عاملا مشتركا فى الكيمياء الحيوية أو أن رثوة وفاة الأم بعد مرض طويل يهيء للاكتئاب .

وإن كانت البحوث السابقة توحى بأن فقدان أحد الوالدين له صلة بهذا المرض فإن البحث الذى قام به هو بكنسن وريد Hopkinson & Reed (١٩٦٦) فى إنجلترا يتفق ذلك فقد قاما بتوزيع ٢٠٠ حالة من نزلاء أحد المستشفيات ممن يعانون من الاكتئاب حسب العمر الذى تم فيه فقدان أحد الأبوين فوجدوا أن نسبة ١٩,٥٪ قد فقدت أحد الوالدين أو كليهما قبل سن ١٥ سنة . وهذه النسبة فى رأيها أقل بكثير من النسب التى أعطتها الدراسات الأخرى ولا تفرق عن النسبة التى وجدت فى العينة التى اتخذوها كعينة ضابطة . وقد يعزى هذا الاختلاف إلى اختلاف العينات .

تفسير الاكتئاب

١ - التفسير الفرويدي :

ظهر لنا من عرضنا للأمراض العصابية النفسية وذهان الفصام وذهان الهوس والاكتئاب أن حالات الاكتئاب قد تكون عصابية أو مصاحبة لمرض عصابي . والرجع العصابي بالذات يتميز بزيادة حالات الاكتئاب التي يكون لها سبب مباشر مثل الكوارث التي تلم بالفرد مادية أو معنوية أو إجتماعية . وهكذا قد يكون الاكتئاب عرضاً لمشكلة عصابية أو اضطراب عضوي . كما ينتاب الاكتئاب الشخصيات ذوى النزعات الفصامية والنزعات الانطوائية . ويمكن القول بتحفظ أن الاكتئاب يصاحب كل حالات العصاب .

ويرى الفريديون أن الفرد الميلاً للاكتئاب جمود على مرحلة يتوقف فيها تقديره لذاته على الإشباع الخارجى من الآخرين أو أن شعوره بالذنب ينكص به إلى هذه المرحلة حيث يصبح فى حاجة للإشباع الخارجى ، فإذا لم يتم إشباع حاجاته الرجسية يصبح تقديره لذاته فى خطر ويكون حينئذ على استعداد للقيام بأى عمل ليرغم الآخرين على أن يشركوه فى مصادر قوتهم . ويؤدى جمود هؤلاء الأفراد على مرحلة طفلية إلى مقابلة الاحباط بالعنف . ويؤدى بهم جمودهم على المرحلة النموية للوصول إلى ما يريدون بالخضوع والذلة وهكذا يجدون أنفسهم فى صراع بين أسلوب العنف وأسلوب الخضوع . والاكتئاب العصابي يمثل محاولات يائسة لأرغام مصادر الإشباع الخارجية على أن تكون طوع يد المريض بينما الاكتئاب الذهاني يمثل فقدان التام لهذه المصادر .

ويمثل ذهان الاكتئاب عند الفرويديين جموداً على المرحلة النموية لهذا كان من أعراض هذا المرض الامتناع عن الأكل أو الشراهة فيه . وكثيراً ما ينكص

المريض بهذا المرض إلى أوجه النشاط التي تتميز بها هذه المرحلة كص الاصابع .
وكثيرا ما تحتوى تخيلاتهم على أفراد أو أعضاء من أفراد أكلوها .

ويمثل جمودهم على هذه المرحلة الحاجة العنيفة للحب ومحاولة التأثير على
الآخرين لاستعادة تقديرهم لذواتهم بالتذلل وإلتئام الآخرين بعدم حبهم لهم بل
والثورة على مصادر الحب ومحاولة تحطيمها . ورغم ما يبدو على المريض بالاكتئاب
من خضوع وذلة فكثيرا ما ينجح في محاولة التسلط على بيئته .

ويمثل الاكتئاب اضطهاداً من الانا الأعلى للانا إذ تعامل الانا الأعلى الانا
بالطريقة التي كان يرغب المريض لا شعوريا معاملة مصادر الاشباع المفقودة بها .
ومن هنا يأتي إلتئام الذات الذي يقوم به المريض بالاكتئاب .

والخلاصة إن مجموعة أعراض الاكتئاب تمثل عملية رد فعل لفقدان مصادر
الاشباع الطفلي وتمثل محاولات لاستعادة هذه المصادر وتمنع بالتالي فيضان الانا
بالاندفاعات الغريزية التي لم يتم اشباعها بفقدان مصادر الاشباع ، لذا تبدو
أعراض مثل مظاهر العدوان ، والانكار والشعور بالذنب والعار والاستقاط
والتقصص والادمان . فالإكتئاب كسلوك محاولة لاحتفاظ الانا بتكاملها وتقليل
من الشعور بالذنب عن طريق الألم ، وتقليل من العداوة بالانسحاب ، وتحريك
الآخرين ومحاولة السيطرة عليهم فالفشل في الطفولة في تكوين توحيدات إيجابية
للانا تقوم على علاقات طيبة بالموضوع تهيم الفرد للانقباض .

٢ - تفسير مدرسة الذات :

يرى أصحاب مدرسة الذات أن المريض بالاكتئاب يعاني من وجود فكرة
عن نفسه يشعر معها بالضعة . وهذه الفكرة أكثر مما تحتمله ذاته فيحاول جاهدا
إلتخاذ عدة سبل والقيام بأوجه نشاط ليثبت لنفسه أنه أحسن مما يشعر . وكثيرا

ما ينجح في ذلك . ويستمر هروبه من مواجهة نفسه ومن مشكلته . فإذا انهارت إمكانياته الجسدية والصحية أحس بضعفه وحقارة فكرته عن نفسه . وبذلك يجرد من سلاحه الذي كان يواجه به شعوره بالنقص والضعف فيعثره الاكتاب . فإذا ما مرت مرحلة الاكتاب عاوده نشاطه ليربح مرحلة هوس تتمثل في نشاط زائد ليقنع نفسه بأنه ليس كما يحس ويشعر . وهكذا تتناوب مراحل الهوس والاكتاب والاساس فيها انخراط فكرة المرء عن نفسه وعجزه عن مواجهة ذلك .

٣ - التفسير البافلوفى :

من الروس الذين درسوا هذا المرض دراسة واقعية بروتوبوف Protopopov . ويرى هذا العالم أن هناك أعراضا جسمية واضحة لهذا المرض توجد سواء في حالة الاكتاب أو الهوس مما يجعل هاتين الحالتين مظهرين لمرض واحد وهذه الاعراض هي اتساع حدقة العينين، وسرعة النبض ، والامساك ، وفقدان المريض لوزنه منذ بداية المرض . وكثيرا ما يتوقف الحيض عند النساء أثناء نوبات المرض . ويعزو هذه الاعراض لتأثير الجهاز السمبثاوى . ويصاحب المرض إرتفاع في ضغط الدم ويعتبر ذلك حالة وظيفية للجهاز السمبثاوى .

والفرض الذى يقدمه بروتوبوف هو تكون بؤرة للاستثارة في طبقات ما تحت البشرة (الهيبوثالامس) تؤدي إلى حدة كل الأفعال المنعكسة التي تمر خلال طبقات ما تحت البشرة . وقد أدت بحوثه إلى إثبات زيادة حساسية المرضى بالهوس والاكتاب للنبهات السكرية والحرارة والبرودة . إذ يشعر المرضى بإحساسات غير سارة في الجسم ولا يمكنهم التحكم لإراديا في مثل هذه المنبهات . والتحكم الإرادى في منبه يبعث على الألم هو في العادة من وظيفة البشرة . وفشل

المرضى في التحكم في هذه المنبهات يشير إلى أن القشرة قد فقدت وظيفتها التنظيمية، ولما كان للبيوثالاماس وظيفتها في تنظيم العمليات الجسدية وعمليات التمثيل الغذائي فزيادة استتارة هذه المنطقة عند هؤلاء المرضى يشير إلى زيادة التمثيل الغذائي عند عدم مما يؤدي إلى زيادة فقدان النشاط ويلاحظ أن المريض يفقد عادة أثناء المرض ما بين ١٠ و ١٥ ك ج .

ويزيد إفراز السكر في دم المريض ويستخدم المريض مزيدا من السكر . وتنخفض نسبة حامض اللبنيك لأنه يفرز سريعا من الجسم وهذا يفسر سبب عدم شعور المريض بالاجهاد في حالة الهوس .

وبينت دراسة تكوين الافعال المنعكسة الشرطية في هؤلاء المرضى أنه يمكن تكوينها بسهولة سواء في حالة الهوس أو حالة الاكتئاب وتوجد صعوبة في محاولة إزالة هذه الافعال أو التدريب على التمييز بينها . وتسود عمليات الاستتارة في حالة الهوس بينما تسود عمليات الكف في حالة الاكتئاب .

وعلى أى حال على الرغم من ثبات التغيرات الميتابولية فإن سبب هذه التغيرات لم يتبين بعد .

الفصل الثاني عشر

ذهان الاضطهاد

اعراضه :

تتضمن أعراض هذا المرض الغيرة الشديدة، والشك في الآخرين وأهدافهم، وتفسير ما يفعله الغير من وجهة نظر شخصية بحتة دون محاولة التحقق من صدق النتائج التي يهديه اليها التفكير، والمريض به لا يحتمل نقاشا أو جدالا فيها، وتنظم أفكاره سلسلة منطقية يخدع بها نفسه وغيره. كما يمتاز بالميل الشديد للإنتقام، وبذكاء فوق المستوى العادي، كما يمتاز إجتماعيا وعليا وإقتصاديا في كثير من الأحيان، ويميل عادة إلى المباهاة والمفاخرة، والحساسية الزائدة والجود والتزمت. ويختلف المريض بهذا المرض عن المريض بالاضطهادية الفصامية في أن تفكيره منطقي منظم، وتتصل أعراض مرضه بأوهامه الفكرية التي تدور حول شعوره بالاضطهاد، ورغبته في الانتقام، وحب العظمة. وقد تعترى المريض موجات من الهياج والاضطراب والغضب والنشوة وما إليها مما يشبه أعراض التجلي في الجنون الدوري. كما قد تعتريه حالات من الضيق والكرب والحزن، إلا أن هذه الانفعالات تعتبر ثانوية بالنسبة للأعراض الأولية - أعراض الاوهام الفكرية. وليس عجيبا ألا ترى نسبة كبيرة من المرضى بهذا المرض في المستشفيات العقلية، لأن ذكاءهم يساءلهم على التهرب. والمريض بذهان الاضطهاد قادر على إيقاع غيره في مشا كل مختلفة إنتقاما منه لأسباب ينسجها خياله، وهو حريص على ألا يتورط هو نفسه في هذه المشا كل لذا كانت مشكلة هؤلاء المرضى كبيرة،

لأنهم ينفصون حياة كل من يتعامل معهم أو يحتك بهم ، لتأويلهم وتفسيرهم أى بادرة بأنها اضطهاد لهم . فمنهم ذلك النوع الذى يقدم فى جاره أو زميله فى العمل الشكوى للجهات المسئولة أو البوليس متها لياه بشتى التهم التى لا أساس لها ، وإن تزوج فهو دائم الشك فى زوجته والغيرة عليها ، وكثير منهم يحتل مناصب عامة كبيرة فيصبون نعمتهم على من يعمل معهم دون نظر للصالح العام أو المسئولية التى فى أعناقهم . وقد قيل عن هتلر أنه كان يعانى من هذا المرض . كما تبدو النزعات الاضطهادية من الشعور بالعظمة وحس الانتقام فى كثير من الزعامات الصهيونية . ويعتبر موسى ديان نموذجا لذلك . وحديثه عن نفسه لأحدى الصحف الفرنسية يعجز عالم نفسى عن كتابته فى كتاب لوصف مريض بهذا المرض .

وكثير منا لا بد وأن يكون قد صادف فى حياته العملية من القيادات الادارية والعلمية من تطبق عليهم الصورة الاكلينيكية التقليدية لهذا المرض . ويتجلى ذلك فيما يحاولون إحاطة أنفسهم به من ابهة وعظمة مكاتب فخمة وحجابه وسكرتارية وجهرة من المناققين فى الركاب لتضخيم الذات بالمدح والرياء ، وفى أسلوبهم فى الإدارة ليسوا على استعداد لانزول إلى مستوى العاملين معهم أو التفاعل معهم وجها لوجه فيديرون المؤسسات من مكاتبهم ومن خلف أبواب حجراتهم معتمدين على الأعوان الذين يتجسسون لحسابهم . وإذا جلست إلى أحدهم بعد المرور على الحجاب والسكرينرين دار حديثه حول نفسه ونشاطه واهمته ومجهوداته . وقد قام الكاتب فى أحد المرات بعد كلمة « أنا ، التى وردت فى حديث أحد وكلاء الوزارات المرضى بهذا المرض فكان المعدل ٢٥ أنا فى

الدقيقة الواحدة . هذا بالإضافة إلى عدم تحمل النقد الذى يخرجهم فى العادة عن طورهم ويستثير فيهم النزعة للانتقام العاجل . ونظراً لنزعتهم للباهة والمفاخرة فهم يكشفون عن خطتهم الانتقامية بعد تنفيذها للتأثير على الغير وللتخفيف من شعورهم بالذنب . لذا تراهم فى خوف دائم من إنتقام الغير منهم وتبدو عليهم دائماً أعراض الخوف من إصفرار الوجه وضيق حلقه العين وسرعة التنفس وبرودة الأطراف أمام ضحاياهم فيتحاشون مواجهتهم بأى ثمن .

وجدير بالذكر أن الشعور بالاضطهاد ليس من الضرورى أن يكون عرضاً لهذا المرض . فمن المعروف أن المرضى بالعصاب يكون لديهم إحساس بالاضطهاد لحساسيتهم للآخرين ، كما أن من يعصاب بكارثة أو يصادف الصعاب فى حياته غالباً ما يرى اللوم على الآخرين أو على الظروف وهذا أمر يختلف عن ذلك الذى يعاني منه المريض بذهان الاضطهاد .

كما تجدر الإشارة إلى أن المجتمعات التى يقسم فيها نظام الحكم بالدكتاتورية وحكم الفرد كما كان الحال فى النظام الهتلر يتفشى بين أفرادها الشك فى الآخرين والخوف منهم والاحساس بأن هناك دائماً من يتجسس عليهم ويعد حركاتهم وسكناتهم والخوف الدائم من إنتقام السلطة منهم فيتملقوتها ويكرهونها فى نفس الوقت ، وتظهر كراهيتهم فى السلبية وقد السلطة من خلف الأبواب وإثارة العزلة والانطوائية .

تفسير ذهان الاضطهاد

لقد اختلفت الآراء فى تحديد هذا المرض وبيان أسبابه ، فقديماً كان هناك رأيان متعارضان فى الحكم على طبيعته ، أحدهما أنه اضطراب فى القوى الفكرية وثانيها أنه اضطراب إنفعالى ، حتى جاء كرايبلين عام ١٨٩٣ فيز بين الاضطهادية النفسية وجنون الاضطهاد كما نعرفها الآن ، وفى رأيه أن جنون الاضطهاد

عبارة عن حالة من الأوهام العقلية التي تبدأ تدريجياً مع الفرد وتستمر معه دون شفاء منها ، وأسبابه خفية تنبع من الباطن ولا تصاحبه هلوسة حقيقية .

قارن شاكو (١٩٦٢) بين المرضى بذهان الاضطهاد والمرضى بالميفرينيه وفي رأيه أن المريض بذهان الاضطهاد ينظم إمكانياته لقتال النزعة الموجودة في الخلفية نحو التفكك بينما الميفريني يستسلم لها . ويدخل في النزعة لقتال التفكك المهدد للذات نمط واحد هو « العجز عن الاحتفاظ باتجاه أساسي ، أي العجز عن الاحتفاظ بحالة من الاستعداد للاستجابة للنسب القادم إذ أن هذا يساعد على الإستجابة الصحيحة التي يتطلبها الموقف . ويقع المريض بذهان الاضطهاد ضحية للارتباطات غير المناسبة ، وتنقسم هذه الارتباطات عادة بالتشويش الذي توجده الصدقة في البيئة . ويحاول المريض بذهان الاضطهاد إبعاد مثل هذه المنبهات بينما يقع الميفريني ضحية لها . أما دلتى delteil (١٩٦١) فيرى أن القصصى يتميز بالفشل في تنظيم العلاقات بالموضوعات بطريقة واقعية لانقطاع الرابطة الإنفعالية بها بينما المريض بذهان الاضطهاد يتمكن من إنشاء علاقات ولكن محبطة بالأشياء وتكون هذه العلاقات مشحونة بالعدوانية .

وتفسر سارفيس Sarvis (١٩٦٢) الإستجابات الاضطهادية على أساس النقص في الإحساس وزيادة التشويش والحمل وهذان أمران يصاحبان في الغالب نشاط عصبي زائد ونقص في وظيفة القصر الصدغي في المخ Temporal فيقوم المريض بعمليات تعويضية عن طريق تقمص شخصية المعتدى والاثوية . وغالباً ما يكون لردود الأفعال الاضطهادية وزيادة الاضطراب من المؤثرات الإدراكية أساس في الواقع الخارجى .

وفي دراسة قام بها لوميرت Lomert (١٩٦٢) لخمس وثلاثين حالة بمن

أودعوا أحد المستشفيات بذهان الإضطهاد بدون حلوسة أو عطب عقلي تبين له أن أعضاء المجتمع ومنظاته تتحد جهودها ضد المريض بخون الإضطهاد قبل أن يظهر سلوكه الاتهامي فيمنه بيئة حقيقية لا مفتعلة تتكون من علاقات متبادلة تؤدي عملياتها وشبكتها إلى عزل رسمي وغير رسمي وخلق في الاتصال .

أما فرويد ويتبعه في رأيه المدرسة التحليلية، فيرى أن جنون الإضطهاد يعود إلى كبت النزعة إلى الجنسية المثلية والثبات عليها . وتعزى أعراض هذا المرض إلى عدم تقبل المريض لهذه النزعة في نفسه . وفيما يلي تفسير فرويد للعمليات العقلية المصاحبة لأعراض هذا المرض (أى الشعور بالإضطهاد، والغيرة، والشعور بالمظنة) تكون العملية الناتجة عن الصراع الذى يدور حول الجنسية المثلية كما يأتي :
« يجب ألا أحبه فأنا أكرهه » ، إلا أن المريض يعجز عن كراهية من يجب أى يعجز عن كراهية واحد من جنسه ، فيقوم بعملية إسقاط شعور الكراهية عليه، فتتحول العملية إلى « أنا أكرهه » ، لأنه لا يحبني ، ثم تتحول العملية إلى « أنا لا أحبه وأنا أكرهه لأنه يضطهدني » .

« أما في الغيرة فيشعر الرجل بالغيظ من زوجته ، فيذهب إلى حانة لتناول الخمر ، وهو على علم بأنه سيلتقي برجال في الحانة ، ورغبته في أن يكون في صحبة الرجال رغبة لا شعورية ، فتجرى العملية العقلية كما يأتي :

« أنا لا أحب رجلاً هو الذى تحب رجلاً ، أى أنه يسقط حبه للرجل عليها فيؤدي هذا إلى الشك فيها وإتهامها بعلاقات مع رجال يريدونهم هو لنفسه .

والأوهام التى تتعلق بالشعور بالمظنة تسير العملية فيها بهذا الشكل : « أنا لا أحب شيئاً . أنا لا أحب أحداً أنا أحب نفسي فقط » ، وتمرتباً لذلك أوهام الشعور بالمظنة التى يمكن تفسيرها على أنها تقدير زائد لدور الفرد لنوع جنسه .

فتسمع مثلا الرجل يقول أنا رجل والمرأة حقيرة ، أنا عظيم لأنى رجل ، وعظيم
لأنى أعظم من كثير من الرجال .

ونحن لا نشكك فى أن بعض المرضى يعانون صراعا لإنكارهم الرغبات التى
تنبع عن نزعتهم إل الجنسية المثلية المكبوتة فيهم ، إلا أن الجنسية المثلية ليست
حجر الزاوية فى مرض آخرين فالبعض يرى أن اتجاه الفرد لتحقيق أهداف فى
مستويات للطموح أعلى بكثير من قدرته ، مما يهيئ السبيل إلى الشعور بخنون
الاضطهاد فى كثير من المتزمتين الذين تعوزهم المرونة .

مراجع عربية

دكتور أحمد عيسى بك : تاريخ البيمارستانات في الإسلام ، المطبعة الهاشمية ،

دمشق ١٩٣٩

دكتور التجاني الماحي : مقدمة في تاريخ الطب العربي ، مطبعة مصر

بالخرطوم ، ١٩٥٩

دكتور حسين نهار : رحلة ابن جبير . مكتبة مصر ، ١٩٥٥

دار التحرير للطبع والنشر : كتاب التحرير الاعداد من ١٦٦ الى ١٧٦ رحلة

ابن بطوطة

محمد سيد أحمد : وجهة نظر: دفاع عن الجنون الاهرام بتاريخ ١٤/٣/١٩٦٩

محمود سليم الحوت : في طريق الميثولوجيا عند العرب ، مطبعة دار الكتب

بيروت ١٩٥٥

مراجع أجنبية

- 1 — Adams, Henry B. " Mental illness " or interpersonal behavior? Amer. Psychol., 1964, 19, 191 - 197.
- 2 — Anderson, Wayne, and Kuncze, Joseph. Stresses of discharge for the ment. patient. J. Rehabil. 1962, 28 (3), 21 - 22
- 3 — Ashley, Montague. Culture and mental illness. Amer. J. Psychiat., 1961, 118, 15 - 23 .
- 4 — Beck, Aaron T., Sathi, Brij B., and Tuthill, Robert W. Childhood bereavement and adult depression. Arch. gen. Psychiat, 1963, 9 (3), 295 - 302.
- 5 — Bennet, Chester C. G. Community psychology : Impressions of the Boston confrence on the education of psychologists - for community mental health. Amer. Psychol , 1965, 20 (10), 832 - 835.
- 6 — Blatz, W.E. Positive mental health. Bull. Inst. Child Stud., 1927, 19 (4), 1 - 3.
- 7 — Bonner, Hubert. Idealization and mental health. J.Indiv. Psychol , 1962, 18 (2), 126 - 146.
- 8 — Brody, Eugene B. Social conflict and schizophrenic behavior in young adult Negro males. Psychiatry, 24 (4), 337 - 346 .

- 9 — Brown, Felix. Depression and childhood bereavement. J. ment. Sci., 1961, 107, 754 - 777
- 10 — Bryce, F.O. et al. Problems in prediction of schizophrenic population. Archives of general Psychiatry, 1966, 15 (2), 140 - 143
- 11 — Chapman, Loren J. A search for lunacy. J. nerv. ment. dis., 1961, 132, 171 - 174.
- 12 — Chapman, L., Burstein, A.G., Day, Dorothy and Verdone, P. Regression and disorders of thought J. abnorm. soc. Psychol., 1961, 64 (3), 540 - 545.
- 13 — Ciempi, Luc. Le vieillissement des hystériques: Etude catamnesticques. Encéphale, 1966, 55 (4), 287, 335.
- 14 — Clark, David S. Psychiatry to - day. London: Penguin Books, 1953.
- 15 — Conte, William R., Otero, Manuel, and Gladfelter, John, H. Effects of intensive occupational therapy on chronic schizophrenic patients. Amer. J. occup. Ther., 1961, 15, 103 - 105.
- 16 — Delteil, P. La relation d'objet psychotique. Evolut. Psychiat., 1961, 26, 395 - 397.
- 17 — Ehrenwald, Jan. Neurosis in the family. Arch. gen. Psychiat., 1960, 3, 232 - 241.

- 18 — Ellenberger, Henri. Aspects culturels de la mantale.
Rev. Psychol. Peuples, 1960, 15, 273 - 287
- 19 — Eysenck, H. J. Dimensions of personality. London :
Kegan Paul, 1947.
- 20 — Eysenck, H. J. The scientific study of personality.
London: Routledge and Kegan Paul, 1952.
- 21 — Eysenck, H. J. The structure of human personality.
London : Methuen, 1953.
- 22 — Eysenck, H. J. A dynamic theory of anxiety and hysteria
J. ment. Sci, 1955, 101, 28. 51
- 23 — Fenichel, otto. The psychoanalytic theory of neuroses.
London : Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., 1946
- 24 — Franks, Cyril M. Conditioning and personality. A study
of normal and neurotic subjects. in Herbert C. Quay,
Research in Psychopathology, Pp. 31 - 46
- 25 — Freeman, Hugh. and Farndale, James (Eds.) Trends
in the mental health services. New York, Mc Millan,
1963.
- 26 — From, Erich. Escape from freedom. New York: Rinehart
& co. 1941
- 27 — Man for himself. New York : Rinehart
& co, 1947

- 28 — Garnezy, Norman, Clarke, Alan R., & Stockner, Carol. Child rearing attitudes of mothers and fathers as reported by schizophrenic and normal patients. J. abnorm. Soc. Psychol., 1961, 63, 176—182.
- 29 — Gottesman, Irving J. & Shieldes, James. Schizophrenia in twins : 16 years' consecutive admission to a psychiatric clinic. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (489), 809—818.
- 30 — Grimshaw, Linton. The outcome of obsessional disorder : A follow-up study of 100 cases British Journal of Psychiatry. 1965, 111 (480), 1051—1056.
- 31 — Hoch, Paul H., and Zubin, Joseph. Current problems in psychiatric diagnosis. New York: Grune and Stratton, 1953.
- 32 — Hopkinson, G., & Reed, G. F. Bereavement in childhood and depressive psychosis. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (486), 459—463.
- 33 — Horney, Karen. New ways in psychoanalysis. New York: W.W. Norton & Co. 1939.
- 34 — The neurotic personality of our time
New York : W.W. Norton & Co. 1937.
- 35 — Self analysis. New York : Norton & Co. 1942.
- 36 — Our inner conflicts. New York :
Norton & Co. 1945.

- 37 — Ingram, I. M. Obsessional illness in mental hospital patients. J. ment. Sci., 1961, 107, 282—402.
- 38 — Kaplan, M. (Ed). Essential works of Pavlov. New York Bantam Books, 1966.
- 39 — Kennedy, John F. Mental illness and mental retardation : Message from the President of the U. S.A. relative to mental illness and mental retardation. Amer. Psychol , 1963, 18 (6) 280—289.
- 40 — Kind, Hans. Welche Fakten stützen heute eine Psychogenetische theorie der schizophrenie ? Psyche, Stuttgart, 1965, 19 (3), 188—218.
- 41 — Kissin, Gerald, & Carmichael, Donald M. Rehabilitation of psychiatric patients. J. Rehabil., 1960, 26 (5), 24—28.
- 42 — Klaf, Franklin S., & Hamilton, John G. Schizophrenia : A hundred years ago and to-day. J. ment. Sci., 1961, 107, 819—827.
- 43 — Langner, T. S. Environmental stress, degree of impairment and type of disturbance. Psychoanal. Rev., 1960, 47 (4), 3—16.
- 44 — Lemert, E. M. Paranoia and the dynamics of exclusion. Sociometry, 1962, 25 (1), 2—20.

- 45 — Lu, Yi-Chuang. Contradictory parental expectations in schizophrenia : Dependence and responsibility. Arch. gen. Psychiat., 1962,6 (3), 219—234.
- 46 — Mandelbrote, B. M. & Monro, M. Neurotic illness as a factor of reproduction. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1964, (4), 419—426.
- 47 — Maruyama, Magoroh. Critique de quelques idées très répandues au sujet des rapports entre les cultures et la santé mentale. Rev. Psychol. Peuples, 1959,14, 273—276.
- 48 — Maslow, Abraham H. Health as transcendence of environment. J. Humanist. Psychol., 1961,1 (1),1—7.
- 49 — McAndrew, C., & Geertsma, R. H. A reanalysis of «Psychiatrists' conceptions of the schizophrenogenic parent.» J. Clin. Psychol., 1961, 17 (1), 28—87.
- 50 — Mc Ghie, A. A comparative study of the mother—child relationship in schizophrenia; I. The interview Brit. J. med. Psychol. 1961,34,195—208.
- 51 — Mc Gshie, A. A comparative study of the mother — child relationship in schizophrenia; II. psychological testing. Brit. J. med. Psychol. 1961, 34, 209—221.
- 52 — Morozov, G., & Romasenko, V. Neuropathology and psychiatry. Peace publishers, Moscow : 1965

- 53 — Mullahy, Patrick. Oedipus : Myth and complex. New York : Hermitage press, 1948.
- 54 — Munro, Alistair. Some familial and social factors in depressive illness. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (489), 429—441.
- 55 — Some familial and social factors in depressive illness. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (489), 443—457.
- 56 — Nutenko, E. A. & Khitrik, L. A. Clinical comparisons and development of schizophrenia in the members of 111 families. Zhurnal Nervopatologii i Psikhiiatrii, 1965, 65 (10), 1547—1553.
- 57 — Odegard, O. L'epidemiologie des troubles mentaux en Norvège. Evolut. Psychiat, 1961, 26, 193—253
- 58 — Olshansky, Simon; Grab, Samuel, & Ekial, Miriam. Survey of employment experiences of patients discharged from three state mental hospitals during period 1951—1953. Ment. Hyg. N. Y., 1960, 44, 510—522
- 59 — Patterson, C. H. Evaluation of the rehabilitation potential of the mentally ill patient. Rehabilit. Lit., 1962, 23 (6/), 162 — 172
- 60 — Pollack, Max; Woerner, Margaret G., Goodman, Warren; & Greenberg, Irwin M. Childhood development patterns of hospitalized adult schizophrenic and nonschizoph-

- renic patients and their siblings. Amer. Journal of Orthopsychiatry, 1966, 36 (3), 510—517 :
- 61 — Quay, Herbert C (E'd.) Research in psychopathology
New York : D. Van Nostrand co. 1963.
- 62 — Rennie, Thomas A. C. Prognosis in the psychoneuroses:
Benign and malignant developments. in Paul H. Hoch
and Jozeph Zubin, Current problems in psychiatric
diagnosis p p. 66—88
- 63 — Riss, E. Are hallucinations illusions? An experimental
study of non-veridical perception. J. psychol., 1959,
48, 367—373.
- 64 — Rosenthal, Saul H., & Klerman, Gerald L Content and
consistency in the endogenous depressive pattern.
British Journal of Psychiatry, 1963, 112 (486), 471—484
- 65 — Endogenous features of depression
in women. Canadian Psychiatric Association Journal,
1966, II (Suppl.), 11—16.
- 66 — Sechehayé, M. Les divers aspects du moi schizophre-
nique. L'Evolution psychiatrique, 1965, 30 2), 299—316
- 67 — Shakow, David. Segmental set : A theory of the
formal psychological deficit in schizophrenia. Arch. gen
Psychiat., 1962, 6, 1 - 17
- 86 — Shurley, Jay T. Mental imagery in profound experim-
ental sensory deprivation. in Louis West (Ed) Hallucinations
p. p. 153—157.

- 69 — Silverman, A. J. et al Hallucinations in sensory deprivation, In Louis West (Ed.) Hallucinations pp. 125—134.
- 70 — Smith, M. Brewster. "Mental Health" reconsidered: A special case of the problem of values in psychology. Amer. Psychologist, 1961,16,299—306.
- 71 — Snygg, D. & Combs, A. Individual behavior. New York: Harper, 1949.
- 72 — Solomon, Philip, & Mendelson, Jack. Hallucinations in sensory deprivation. In Louis West (Ed.) Hallucinations pp. 135—145.
- 73 — Szasz, Thomas S. The uses of naming and the origin of the myth of mental illness. Amer. Psychol. 1961,16,59—65.
- 74 — Wadsworth, W. V., Scott, R. F., & Wells, B.W.P. The employability of chronic schizophrenics., J. ment. Sci., 1962,108.
- 75 — Waring, Mary & Ricks, David. Family patterns of children who became adult schizophrenics. Journal of Nervous and Mental Disease, 1965, 140 (5), 351--364.
- 76 — Warkentin, John, Felder, Richard E., Malone, Thomas P., Whitaker, Carl A. The usefulness of craziness. Med. Times., 1961,89,587—590.

- 77 — Warkentin, John, Whitaker, Carl A., & Malone, Thomas P., Social origins of delusions. 5th Med. J. 1959,52,1418—1420.
- 78 — Wegrocki, H. J. A critique of Cultural and statistical concepts of abnormality. In C. Kluckhohn and H. A. Murray (Eds.) Personality in nature, society & culture. New York : Alfred-A-Knopf, 1950.
- 79 — Weinstein, Edwin, A. Social aspects of hallucinations. In Louis West (Ed.) Hallucinations pp. 233—238.
- 80 — West Louis J. (Ed.) Hallucinations . New York : Grune & Stratton, 1962.
- 81 — West, Louis J. A general theory of hallucinations and dreams. In Louis West. (Ed.) Hallucinations pp. 275—290.
- 82 — Will, Otto Allen, Jr. Hallucinations : Comments reflecting clinical observations of the schizophrenic reaction. In Louis West (Ed.). Hallucinations pp. 174—182.
- 83 — Winter, Esther. Über die Häufigkeit neurotischer symptome bei "Gesunden". Z. Psycho-som. Med., 1959,5,153—167.
- 84 — Wolman, Benjamin B. The fathers of schizophrenic patients. Acta Psychother. Psychosom ., 1961 , 9,193—210.

- 85 — Woolley, L. E. Experiential factors essential to the development of schizophrenia. In Paul H Hoch and Joseph Zubin. Current problems in psychiatric diagnosis pp. 180—191.
- 86 — Wortis, Joseph & Wortis, Helen. La relción entre deficientes condiciones socio - econômicas y cietras incapacidades psiquiàtricas en la infancia. Acta neuropsiquiat. Argent., 1961, 7 (3), 167—170.

مطبوعات منظمة الصحة العالمية

WHO, Expert Committee on Mental Health. Report on the first session. WHO Tech. Rep. Ser., 1950, No 9.

.. .. . Report on the Second Session. WHO Tech. Rep. Ser., 1951 No 31

.. .. . 3rd report WHO tech. Rep. Ser., 1953, No 73.

.. .. . 4th report. Legislation affecting psychiatric treatment. WHO Tech. Rep., 1955, No 98.

.. .. . 5th report. The psychiatric hospital as a center for preventive work in mental health. WHO Tech. Rep. Ser., 1957 No 134.

.. .. . 6th report. Mental health problems of aging and the aged. WHO Tech. rep. Ser., 1958, No 171

.. .. . 7th report Social psychiatry and community attitudes. WHO Tech. Rep. Ser., 1959, No 177.

.. .. . 8th report Epidemiology of mental disorders WHO Tech. Rep. Ser., 1960, No 185.

.. .. . 9th report The undergraduate teaching of psychiatry and mental

— ٢٥٢ —

health promotion. WHO Tech. Rep. Ser., 1961, No 208.

WHO, Expert Committee on Mental Health. 10 th report.
Programme development in the mental health field.
WHO. tech. Rep. Ser. 1961, No 223.

.. 11 th report.
The role of public health officers and general
practitioners in mental health care. WHO Tech. Rep.
Ser., 1962, No 235

القسم الثاني

الباب السادس

الإضطرابات النفسية

الفصل الثالث عشر

الاضطرابات النفسية جسمية

مقدمة :

على الرغم من أن مصطلح الاضطرابات النفسية جسمية أصبح متداولا في المجال الطبي والنفسى ، بيد أنه لا يوجد اتفاق حول تحديد مجال هذه الاضطرابات ، مما دعا لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية أن تخصص اجتماعها في سنة ١٩٦٤ لمناقشة هذا المفهوم ومحاولة إيضاحه ، وتقويم المعلومات الموجودة عن الأسباب وعن الوقاية والعلاج ، وسجلت اللجنة رأيها في تقريرها الثالث عشر رقم ٢٧٥ الصادر في سنة ١٩٦٤ . وسنستعرض في الصفحات القليلة القادمة الخطوط العريضة للتقرير .

وإذا حاولنا تاريخيا لقاء الأضواء على هذا المفهوم نجد أنه في كل زمان وكل مكان كان الإنسان ولازال يعبر عن وجدانياته وإنفعالاته بتعبيرات جسمية في شكل إيماءات وإشارات وحركات تعتبر رموزا لها معناها كاللغة تماما التي تعتبر الأداة الأساسية للتعبير والاتصال ، وتفيض كتابات الأدباء منذ القدم وكذلك الشعراء والفلاسفة بشرح المصاحبات الجسمية للإنفعالات وعماتحدثه الانفعالات في الجسم . وقد عرف الإنسان منذ القدم المظاهر الجسمية المألوفة للخوف والحزن والغضب وغيرها من الحالات الانفعالية العادية ، وذكر البعض أن الانفعالات من الممكن أن تكون سببا في حدوث المرض ، إلا إنهم لم يقدموا لنا الأدلة الحاسمة على أنها من الممكن أن تكون سببا لحدوث مرض معين ، أو إتخاذ المرض

مجرى معيناً أو شكلاً معيناً . لقد قدم العلماء لنا بعض الآراء المنظمة أو غير المنظمة عن ذلك إلا أن دراسة أثر العوامل النفسية في المرض لم تبدأ إلا بعد البدء في دراسة الأمراض دراسة علمية ، وبعد تحديد مفهوم المرض الجسماني .

وإن كان بعض العلماء في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر قد أعطوا اهتماماً للعوامل النفسية وأثرها في الاضطرابات الجسمانية ، كما قام البعض في القرن التاسع عشر ببيان العمليات الفسيولوجية التي يمكن أن تؤثر أولاً تؤثر على تكوين الجسم أو كيميائه ، كما أنه يمكن القول أنه كان يوجد تقبل عام لدور المسموم والاحباطات والضغط في تعويق الشفاء أو زيادة حدة المرض في بعض الحالات ، إلا أنه لم يكن يوجد تحليل مفصل للعوامل الاجتماعية والنفسية التي كان من الواضح أن لها هذا الأثر ، أو عن الأمراض الخاصة التي يمكن أن تتأثر بها ، والعمليات التي يمكن أن تدخل فيها .

ومما يجب ملاحظته أن المصطلحين اللذين يمكن إستعمالهما للتدليل على هذه الفئة من الاضطرابات تولدا عن صراع خاد بين أولئك الذين يصرون على أن للعوامل النفسية الأثر الأكبر في الاضطراب العقلي مثل هينروث Heinroth الذي قدم لنا في سنة ١٨١٨ . مصطلح النفسجسمية Psychosomatic ، وأولئك الذين كانوا يؤكدون العوامل الجسمانية في المرض مثل يعقوبي Jacobi الذي قدم لنا في سنة ١٨٢٨ مصطلح جسمنفسى Somatopsychic . وكل من هذين المصطلحين يبين وجهة نظر متطرفة تعارض الأخرى وتقف منها على طرف نقيض في بيان أسباب المرض ، وبالتالي تخفى تعقد العلاقات وتعدد العوامل وتداخلها .

لقد تمت دراسة الاضطرابات النفسجسمية في القرن الحالي تجريبياً وإكلينيكياً

في الانسان وفي الحيوان . وقد أعطتنا الدراسات التي قام بها علماء مثل بافلوف وكانون وولف وولف Wolff & Wolf الادلة التي اقنعت المتشككين على أن العلاقة بين الجسم والعقل من الممكن أن تخضع لكل من التمحيص التجريبي والإكلينيكي معا .

تعديد المفاهيم

الطب النفسجسمي Psychosomatic medicine

إن مصطلحي الطب النفسجسمي، والاضطرابات النفسجسمية مصطلحان بدأ تداولهما بعد أن عاود بعض العلماء حديثاً استخدام المصطلح الذي ابتدعه هينروث في سنة ١٨١٨ - (مصطلح النفسجسمية). إذ بدأ هؤلاء العلماء يؤكدون أن الفصل بين الجسم والعقل في الطب أمر يناقض الواقع بل وغير مشرف في كثير من الأحوال . وأشاروا إلى أنه على الرغم من أن نجاحاً كبيراً قد تم على أيدي أصحاب المدرسة المتعصبة للاتجاه الجسماني والتي سادت في القرن الماضي في مجال الأمراض المعدية ، والاضطرابات الميتابولية ، فإن التقدم كان بطيئاً بهدف أمراض مثل القرحة المعدية ، وضغط الدم المرتفع ، والربو . فهذه الأمراض على الرغم من أن أعراضها ومظاهرها جسمية فهناك ملاحظات إكلينيكية تبين أن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً . ويتأكد أن الانسان في الصحة والمرض يعمل كوحدة نفسجسمية ، بدأ هؤلاء الكتاب يعيدون تقديم الأسلوب الابقراطي .

لقد أصبح لهذه النظرة اليوم مكانها . إذ ينظر إلى الانسان على أنه نظام ديناميكي معقد في حالة عدم إتران ، يستجيب للتغيرات في بيئته والتغيرات في نطاق نفسه : ففي حالة اضطراب التوازن الفسيولوجي مثلاً تتأثر كثير من مظاهر نظام الإنسان بمعنى أنه إذا تكلمنا عن العمليات الفسيولوجية أو العمليات النفسية

فنحن نتكلم في الواقع عن طرق مختلفة لمعالجة ظاهرة تتصف بالوحدة لأن هذه الظاهرة ليست مقسمة بهذا الشكل . وبهذا المعنى لا يوجد مرض أصله جسدي وآخر أصله نفسي ولكن يوجد مرض فحسب . وهذه النظرة الكلية ضرورية لتقدم الطب خاصة في وقتنا هذا الذي تتوسع فيه مهنة الطب في عدة جبهات . فعلى الرغم من أن الأطباء ينظرون إلى عملهم على أنه قاصر على إصلاح الخلل العضوي بالوسائل المادية فمن الواضح أن المهنة ككل يزداد تدخلها في مشكلات العالم المتغير . وهي تبعاً لذلك تتأثر وتتوثر بمشكلات مثل الانفجار السكاني ، وحاجات الدول النامية . وزيادة حاجة المجتمعات المحلية للخدمات ، وزيادة الاحساس بأن الطب يجب أن يلعب دوراً فعالاً في الوقاية من الأمراض . ويتطلب ذلك كله من الطبيب أن يعطى للمرض نظرة شاملة تحتوي العوامل الأساسية الاجتماعية والثقافية والنفسية كما تحتوي على العوامل العضوية والوراثية .

الاضطرابات النفسية : Psychosomatic disorders

يقين لنا من كل ما سبق أن مصطلح النفسية جسمية كما يتم تداوله له معنيان ، أحدهما بالمعنى السابق شرحه في ميدان الطب أي النظر للإنسان ككل على أساس أنه نظام ديناميكي معقد وفي حالة عدم إتران ويستجيب للتغيرات في بيئته وللتغيرات في نطاق نفسه وإذا أعتري الخلل أياً من وظائفه إعتري الخلل الوظائف الأخرى . أما المعنى الثاني فينطبق على اضطرابات مثل ضغط الدم المرتفع ، والقرحة المعدية ، والربو والتي يبدو فيها أن العوامل النفسية تلعب دوراً كبيراً ، ودراسة مثل هذه الأمراض يضع أمامنا

تحديات معينة مثل مسألة الاسباب وعمليات الاسس المرضية .

وتتمركز المفاهيم النفسجسمية الاساسية حول تلك المظاهر الخاصة للوظيفة النفسيةولوجية ككل والتي تؤدي فيها الاحداث الخارجية أو « الداخلية » إلى إستثارة عمليات إستجابية للمخ تبعث على نشاط نظام الغدد الصماء العصبي neuro - endocrine system ، وبذلك تتغير وظيفة العضو « الهدف » أو النظم الحركية . بمعنى آخر تتضمن هذه المفاهيم أحداثاً نفسية كموامل مسببة للاضطرابات الإحشائية .

إن هذه المتتاليات النفسية ينظر اليها كظواهر أو كعمليات في تفاعلات معقدة بين المخ وبقية الجسم . ونفترض حيثئذ أن الاحداث حتى البسيطة قد تؤثر تأثيراً عميقاً على حالات الجسم بتعديل العمليات الاساسية التي تفرض عليها ، أو أنها قد تلعب دوراً هاماً « وليس أساسياً بالضرورة » ، في أسباب المرض مع عوامل أخرى وراثية مثلاً أو غذائية .

والمضامين النفسية والمعاني المشتقة من الاحداث من وجهة النظر الشخصية هي التي قد تجعل مثل هذه الاحداث شاقة أو غير شاقة لشخص بعينه . وهكذا من الممكن أن تصبح أحداث متباينة تبايناً كبيراً قسوة في الاساس المرضي لقدرتها على التأثير على العمليات النفسيةولوجية . فالتغير الكبير في البيئة الاجتماعية مثلاً قد يكون له وزنه في مرض البعض ، بينما قد يكون التغير النفسي كالتحول في قوة الطاقة الليديه له وزنه عند آخرين مع الاختلاف التام بين العاملين .

التناقض الذى يجعله مصطلح « النفسجسمية » :

إن المشكلة التى يواجهها العلماء هى أين يوضع الخط الفاصل الذى يعزل الأمراض النفسجسمية عن غيرها من الأمراض . يقول تقرير لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٦٤) ، إن هذا يضعنا أمام التناقض فى الاستخدامين اللذين يستخدم فيهما مصطلح « النفسجسمية » ، فإتأ إذا قصرنا إستعمالنا للمصطلح على إضطرابات معينة فإتأ بذلك نتجاهل وحدة الاتجاه فى الطب وتؤكد التوازى بين العقل والجسم ، وحينئذ يكون هناك إغراء بإهمال العوامل النفسية فى بعض الاضطرابات وإهمال العوامل الجسدية فى بعض الاضطرابات الأخرى .

واللجنة تلفت النظر إلى هذا التناقض دون أن تحاول حسمه . وترى اللجنة أنه يبدو غير عملى أن تحاول تغيير مصطلحات أصبحت ثابتة الاستعمال ، كما أن المناقشات الواسعة قد فشلت فى التوصل إلى مصطلحات بديلة يمكن أن يتقبلها معظم العاملين فى الميدان . ويرون أن ما نحتاجه هو إيضاح المفاهيم وتحسين الطرق لبحث العمليات البيولوجية والاجتماعية التى تؤدى إلى توحيد وتكامل وظائف الإنسان فى حياته وفى مواجهته لبيئته .

ولما كان هناك إحتمال وجود مدى كبير فى الدرجة التى تدخل فيها العوامل النفسية وتاريخ حياة الفرد فى أسباب إضطرابات مختلفة ، فإن مشكلة وضع الخط الذى يفصل بين الاضطرابات التى تقترب أو تبتعد عن العوامل النفسية فى نشأتها (أى التى يمكن أن نسميها نفسجسمية وتلك التى ليست كذلك) يجب أن يقرره الهدف الذى بين أيدينا ... فهل الهدف العلاج ... أم الوقاية ... أم البحث العلمى .

إن كثيراً من العاملين فى بلاد مختلفة حاولوا تجنب التوازى بين الجسم والعقل بالتسليم بأن الإنسان كائن بيولوجى إجتماعى أكثر تعقيداً من غيره من الحيوانات

التي تعيش في جماعات، ولكنه في الجوهر لا يختلف عنها . وطبقا لهذا المفهوم فالنفس خبرة ذاتية لبعض وظائف الجهاز العصبي المركزي ويمكن دراستها دراسة أتم بالطرق الموضوعية وبذلك تعنى النفس جسمية عندم الوظائف العصبية الاحشائية neurovisceral .

وهناك من العاملين في بلاد أخرى من يقدرون ثمرة مثل هذا الأسلوب غير أنهم يريدون أن يذهبوا إلى أبعد من ذلك . ففي رأيهم أن الانفعالات الانسانية والدوافع والقيم تلعب دوراً أكبر في حياة الإنسان العادية في بيئته الاجتماعية وتهم دراستها عليا ، وهذان الاتجاهان وإن كانا يبدوان وكأنهما متعارضان إلا أنها يتماثلان ببعضها البعض وقد تم التوصل إلى نتائج مشيرة من العاملين في كل من المدرستين .

اسباب الاضطرابات النفسجسمية

١ - الشدائد أو الضغوط Stresses والعناء Strain *

على الرغم من أن الأسباب في كل الأمراض متعددة فإن لجنة خبراء الصحة العقلية أكدت في تقريرها (١٩٦٤) أن حجب الزاوية في كل الاضطرابات النفسجسمية هو الشدائد أو الضغوط التي يقع الإنسان تحت وطأتها وتوصف الشدة Stress بأنها قادرة على إنتاج تغيير في الكائن الحي يعرف باسم العناء Strain . أى أن الشدائد أو الضغوط النفسية عبارة عن أحداث تحدث تأثيرات داخلية عن طريق الجهاز الادراكي للكائن الحي .

إن الشدة النفسية لاى موقف من مواقف الحياة لا يمكن فهمها إلا

* الشدة : نقيض الين والرخاء ورغد العيش - ما يعل بالإنسان من مكاره الدهر (المنجد)
طني معاناة . الهوم خلانا - آله ، وعانى القى - قاساء وتجشمه (المنجد) .

من ناحية علاقتها بوجهة نظر الشخص نفسه لأن المعنى الداخلي للشدة وتفسيرها يتصل بتاريخ حياة الفرد ونموه النفسى . وقد لوحظ أن خبرات مثل فقدان الحب ، أو الانفصال ، أو تلك التى تؤدي إلى إستتارة العداوة غالباً ما تهيم للاضطرابات النفسجسمية . وأهم الخبرات التى تولد الشدائد تكون فى مجال العلاقات المتبادلة بين الناس ، وهذا لا ينفى أن الشدائد من الممكن أن تتوالد عن تهديدات من أشياء غير حية كالبراكين وغيرها من التكتبات الطبيعية .

وحلقة الوصل بين المجالين النفسى والجسمانى هو مفهوم « الانفعال » خاصة النوع المعروف بالقلق . (أنظر القلق كمرض وكمرض) .

على أى حال من الممكن منع القلق من التطور إلى قمته بعمليات دفاعية نفسية ، بيد أن هذا فى العادة وإن كان يقلل من الأحداث الفسيولوجية إلا أنه لا يبعدها تماماً ، وتظل كمية من إنفعال القلق باقية ليكون لها أهميتها فى المرض . ويمكن النظر إلى العملية من ناحية الكف فكثيراً ما يوجد حائل دون التعبير اللغوى أو النفس حركى عن القلق أو الشعور بالعداوة فيتحول التفريغ من الجهاز العصبى المركزى إلى الجهاز العصبى اللاوتونوى فتتم تغيرات مرضية فى الأحشاء وفى الأوعية .

ومما كانت العملية فى البداية فإنه من المسلم به أن التكرار أو الاستمرار يؤدي إلى تغير الوظيفة وبالتالي قد يؤدي إلى تغير فى الأنسجة مما يصعب إصلاحه فيما بعد .

٢ - النوعية : Specificity

من أهم المسائل المثيرة للجدل مشكلة النوعية أى هل هناك علاقة نوعية بين طبيعة الشدة النفسية ونظام العضو الداخلى فى العملية ؟ أم أن الشدة

النفسية تعمل بطريقة غير نوعية على العضو المهيأ للمرض والذي يتوقف إستعداده للمرض على عوامل مثل الاستعداد الوراثي أو العدوى أو التهيئة الشرطية السابقة؟ إن لدينا معلومات كثيرة تدور حول هذه المشكلة مستمدة من التجارب العملية ومن الخبرة الاكلينيكية . غير أن هذه المعلومات متعارضة ومتناقضة . فبينما تؤكد الانطباعات الاكلينيكية أن هناك علاقة نوعية بين الشدة النفسية والاضطراب الجسماني الناتج بيد أنه لا يوجد لدينا معلومات توضح لنا كيف يتم ذلك . إلا أنه يمكن تلخيص التسلسل فيما يلي :-

- أ - وجود إستعداد تكويني يقوم على الوراثة .
- ب - وجود إستعداد تكويني تكوّن نتيجة للخبرات الأولى والتطور الأول (والمقصود بالخبرات هنا الخبرات الفسيولوجية والنفسية ويدخل في ذلك فترة الحمل وفترة المهد) .
- ج - تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة والتي تؤثر في نظم الأعضاء
- د - ضعف عضو من الأعضاء كما في حالات الإصابة أو العدوى .
- هـ - وجود العنصر في حالة نشاط لحظة الاجهاد النفسى أو الثورة الانفعالية .
- و - المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد .
- ز - توقف النمو النفسى وبالتالي جمود العضو في تطور وظائفه .

٣ - هل توجد نظرية ؟

إن البحوث الاكلينيكية والعملية التي أجريت على الحيوان والإنسان تبين أن هناك علاقة بين الشدائد النفسية وأمراض ضغط الدم المرتفع ، والقرحة المعدية ، والربو ، وقرحات القولون ، والتسمم الدرقى ، والالتهابات الجلدية العصبية ، وأمراض الشرايين التاجية في القلب ، والصداع المزمن ، والالتهابات المفصلية .

غير أن النتائج لا تؤكد كما لا تنفي وجود أسس نفسية في هذه الأمراض على الرغم من وجود بعض الأدلة على أن هذا ممكنا .

والخط الأول من الأدلة مشتق من الدراسات الاكلينيكية لتاريخ حياة الافراد مما يشير إلى العلاقة الزمنية بين مرض الشخص والأبعاد الانفعالية في حياته .

والخط الثاني من الأدلة يأتي من التجارب على الشدائد النفسية إذ بينت أنها تؤدي فعلا إلى تغيرات فسيولوجية مثيلة لتلك المصاحبة للأمراض المختلفة .

كما بينت دراسة مواقف الحياة التي تهيء للمرض أو تزيد من فرصه أن هذه المواقف لها معنى إنفعالي للشخص الفرد من ناحية صلتها بخبرات حياته وصراعاته التي لم تحل فتؤدي إلى معاناته من هذه الناحية .

كما بينت الاختبارات النفسية التي أجريت على المرضى بأمراض نفسجسمية ومقارنتهم بمجموعات ضابطة وجود اختلافات لها دلالتها في شخصياتهم تفرق بينهم وبين غيرهم من الأسوياء .

والخلاصة أن وزن الأدلة التجريبية وإن كان يبين أن الشدائد والاضغوط النفسية لها أثرها إلا أنه لازالت هناك حاجة للانتباه إلى مناهج البحث التي تستخدم وتحديد الأسئلة التي تزيد إجابات عليها .

الفصل الرابع عشر

المصاحبات النفسية لبعض الأمراض

سيكولوجية المريض :

إذا ما أقر الفرد بأنه مريض فهناك تغيرات نفسية لا بد وأن تكون قد طرأت عليه ، لأن عالم المريض في العادة عالم صغير ومحدود يتأثر فيه سلوك الفرد بالطبيب والمرضة أو الزوجة وبظروف مادية معينة مثل ما إذا كان السرير مريحاً من عدمه ، والحاجة إلى الراحة ، وتخفيف الألم ، والحاجة إلى الدواء وما إلى ذلك ويصبح من كانوا مهمين في حياة الفرد لا أهمية لهم ، كما تصبح الأحداث التي كانت تعتبر مصيرية وهو في حالة الصحة لا قيمة لها أو في مرتبة ثانوية . ويرى العلماء أن هناك تشابهاً بين سلوك المريض في مثل هذه الحالات وسلوك الطفل ويبدو التشابه فيما يلي :-

١ - تركز الحياة الاجتماعية للمريض حول ذاته إذ يرعاه الآخرون ويقومون على خدمته ، ويتحملون شكواه وثوراته ، وتخفف عن كاهله المسؤوليات ، ويعدل الواقع طبقاً لحاجاته ورغباته بشكل لم يتحقق له منذ كان طفلاً .

٢ - يؤدي ضيق مجال حياة المريض وإنكماشه وخفة وطأة الواقع الخارجى إلى إحتلال العوامل الداخلية في جسمه الأهمية الأولى . فالشخص السليم لا يعطى أهمية في العادة لعملياته الفسيولوجية ، بينما المريض يعطى إهتماماً خاصاً لنبضات قلبه ، وعمليات الهضم عنده وغير ذلك من العمليات الفسيولوجية ، ويصبح إهتمامه بجسمه أكثر من إهتمامه بأى أحداث خارجية .

٣ - ونظراً لضيق العالم الذي يعيش فيه المريض وتتركز إهتماماته حول جسمه فإن إهتماماته تصبح محدودة ويصبح كالطفل أنانياً ، مسيطراً ، وعنيداً . وقد تبدو مثل هذه السمات عليه إما بشكل مباشر أو غير مباشر لأن مرضه يعطيه في العادة سيطرة على من هم حوله فيتواكل عليهم ويشعر في نفس الوقت بفقدان الأمن ويشعر بالتناقض الوجعاني نحو من يقومون بتمريضه إذ يشعر نحوهم بالامتنان لعنايتهم به ويشعر في الوقت نفسه بالانفضاضة لاضطراره الاعتماد عليهم .

إن أى مرض على أى حال وخاصة إذا كان المرض خطيراً يقطع المسار المألوف في نمط حياة المريض ويألق عبئاً على تنظيمه النفسي ، وكلما كان المرض خطيراً كلما كان العبء النفسي أكبر . فالمرضى مثلاً ممنوع من زاوله عمله ونشاطه اليومي ، وقد يؤثر المرض على دخله في الوقت الذي يحتاج فيه لسداد ثمن الدواء وأجر الطبيب ، وإذا أودع في المستشفى ابتعد عن منزله وجو الأسرة المألوف له ليحيا في بيئة غريبة قد ترتبط في ذهنه بأشياء مخيفة . ولعل أقسى ما يعانيه المريض هو فقدانه لاستقلاله وذاته في كل مظهر من مظاهر حياته . فقد يضطره المرض إلى تناول وجباته في السرير بل حاجته للغير أحياناً للقيام بإطعامه ، كما قد يعجزه المرض عن التحرك لقضاء حاجاته البيولوجية الأساسية ، وعليه أن يعتمد على الممرضة التي يستدعيها لمساعدته من وقت لآخر ... وهو في كل ذلك كالطفل الذي لم تتطور قدراته بعد ولم تتم ليعتمد على نفسه .

وكثير من الناس قادرين على تحمل الظروف التي يفرضها عليهم المرض ويعرفون أن عودة الصحة أمر يتطلب التنازل عن الاستقلال الذاتي مؤقتاً ويسمحون لأنفسهم بالاعتماد على الغير ، بل ويشعرون بالراحة في التخلي عن المسؤولية مؤقتاً . وهذه إستجابة صحيحة لظروف عجز وقتيه إذ يتنازل المريض

بإرادته عن إستقلاله للغير ويستسلم لهم حتى يهيء أحسن الظروف للشفاء .
وعلى الرغم من أن المرض يعنى عدم الراحة والعناء الجسمانى والنفسى إلا أن المرء
فى العادة يرضى به مادام هناك أمل فى الشفاء واسترداد القوة والصحة .

أما إذا كان المرض مزمنًا أو مؤديًا إلى عجز دائم فإن التكيف له يكون
صعبًا . فمن المعروف مثلاً أن الاكتاب أمر ضرورى لصاحب دائماً حالة فقد
عضو من أعضاء الجسم . فأى مرض يؤدى بالمرء إلى فقدان عضو من أعضائه أو
وظيفة من وظائفه لابد وأن يؤدى إلى تشويه الصورة الموجودة لدى الفرد عن
جسمه والى كونها وعاش بها طيلة حياته السابقة للعاهة . وتتعدى هذه الخبرة
حدود فكرة المرء عن جسمه إذ تتضمن أيضاً فكرته عن نفسه ككائن إجتماعى
عليه أن يتنازل عن كثير من أوجه نشاطه وبالتالى إستقلاله واكتفائه الذاتى .

فليس عجباً أن تؤدى العاهات الجسمانية إلى الاكتاب ، والاكتاب فى مثل
هذه الحالات إستجابة عادية . أما الفشل فى الاحساس لنفعالياً بالكارثة التى تحمل
جسمانياً بالفرد فهذا يدل على فشل الفرد فى مواجهة العجز الذى حل به ويعنى
ذلك إنكاراً للواقع وقاية للذات من مواجهة التبعات والنتائج التى تحتتمها العاهة .
وهناك من الأفراد من يعجزون عن مواجهة المرض ، ويعز عليهم أن يحدث هذا
لهم ، فكم من مريض بالسرطان أحس بسرطان المرض فى جسمه وأبى الاعتراف
بما هو حادث له ، وكم من مريض بالقلب تحدى مرضه ولم يعمل بمشورة أطبائه .
والمرضى من هذا النوع تحركهم أنواع مختلفة من القلق أهمها القلق من مواجهة
حقيقة أنهم أصبحوا مرضى وضعفاء ، وهذه الحقيقة تتعارض مع فكرتهم
عن أنفسهم فيضطرون إلى إنكار المضامين والمعانى التى تنصوى تحت أعراض
أمراضهم . ولا يحتفلون بمجرد فكرة الضعف والاستسلام المؤقت الذى يتطلبه

العلاج للعودة إلى الصحة . فانكارهم عملية دفاعية من عمليات الانا تؤدي في العادة إلى تعقيدات نفسية للمرض الجسدي .

وفي بعض المرضى تكون الاستجابة للمرض ليست وظيفة دفاعية من وظائف الانا كالحالات السابقة ولكن وليدة لضغوط حاجات واندفاعات كامنة . فبعض المرضى بدلا من الاستخفاف بمرضهم وأعراضه يهولون البسيط ويبالغون في الأمر التافه ليبدو خطيرا في نظر الغير، ويفيضون عادة في شرح آلامهم . ويعلق أحد الأطباء على ذلك ساخرا بأنهم يقدمون لك عن أنفسهم قصة درامية بدلا من الحديث عن تاريخ المرض . هؤلاء المرضى يلحون في طلب المسكنات ، وغالبا ما يزعمون الممرضات بطلبائهم الدائمة والتي لا تنتهي والتي تكون في العادة تافهة، ويصر هؤلاء المرضى على الحصول على إمتيازات خاصة، ويحاولون الاتصال بالأطباء ليلا ونهاراً ، ويصرون على بقاء أفراد الأسرة يحومون حولهم في قلق ... فهم في المرض يعرفون الأخذ دون العطاء، ويغضبون سريعا إذا لم تتحقق لهم مطالبهم في الحال ، وينتقدون الأطباء ويتهمونهم بعدم أداء الواجب، كما يتهمون الممرضات بالاهمال، ويتهمون أهليهم بعدم الاهتمام، ويضيع مرضهم في خضم سلوكهم الذي يهدف إلى استعراض عجزهم وحاجتهم للمساعدة ، ويؤدي تأكيدهم لضعفهم إلى سيطرتهم على الآخرين ، فيتحول ضعفهم إلى قوة .

ويجب ألا يفسر ذلك على أن المريض من هذا النوع يجد لذة في أعراض مرضه أو أنه شعوريا يهول من آلامه . فالامر على عكس ذلك تماما لأنه يشعر عادة في قرارة نفسه بالعجز كما يحتاجه الاكتاب لفقدانه لنشاطه وإستقلاله وعدم ارتفاعه إلى مستوى الصورة المثالية الموجودة لديه عن نفسه . وعلى الرغم من أن معظم أعراضه التي يشكو منها ناتجة عن عوامل إنفعالية فإنها تبدو له كنكبة الحقا به سوء الحظ والقدر ، وهو لا يدرك أنه يستغل أعراضه للتعبير عن رغبات لاشعورية .

ويجب علينا أن نلاحظ أن هذا النمط من السلوك لا يتكون عند هذا النوع من المرضى فجأة ، إذ أن العجز النفسى الذى يصل اليه المريض يكون فى العادة وليد عمليات أخذت وقتاً طويلاً فى تكوينها . فكثير من المرضى فى البداية يعارضون تحديد نشاطهم ويقاومون إرغامهم على الاعتماد على الغير... ولكن تدريجياً وتحت تأثير عوامل خارجية يبدأ التغير وتظهر الحاجات الكامنة لدى المريض .

والعوامل الخارجية التى تؤدى بالمريض إلى العجز النفسى نوعان : نوع منها يتلخص فى تلك العوامل التى تتأمر على جعل دفاعيات المريض المألوفة غير مجدية ، ونوع آخر يشجع على الكشف عن حاجاته الكامنة . فمن العوامل من النوع الأول وخاصة إذا كان المريض مقعداً فإنه يحرم من مزاولة نشاطه العادى ، ولا يشجعه الطبيب أو الممرضات أو الأهل على الحركة ، كما يشجعونه على إطالة مدة الراحة... الخ ، وكلما طالت مدة المرض كلما تغيرت الانماط السلوكية لأفراد أسرته وعدلت على أساس التعامل معه كمرضى ، فإذا ما شفى كان من الصعب عليه وعليهم تغيير هذه الانماط للعودة إلى الانماط السابقة لمرضه . وكل هذه العوامل وغيرها تتدخل فى رغبته فى الاستقلال والنشاط والاكتفاء الذاتى وبالتالي تضعف دفاعياته ضد رغبته الكامنة فى الاعتماد على الغير . هذا فى الوقت الذى تشجع فيه عوامل أخرى التعبير عن هذه الحاجة . إذ أن المريض يأتى معه بطف الأسرة والأصدقاء وحبه ورعايتهم وتحقيق الرغبات التى لم تكن تحقق فى الصحة وليس هناك من بأس عند الكثيرين من الناس من تميل هذا الوضع مؤقتاً حتى يتم لهم الشفاء . وهذه المرونة النفسية هى التى تنهى الظروف للشفاء غير أن المرضى الذين تتكلم عنهم يفتقدون إلى مثل هذه المرونة . فهم فى البداية يقاومون الكف عن النشاط والاعتماد على الغير فإذا ما تحطمت دفاعيات المريض وسمح لنفسه بأشباع حاجاته الكامنة

بالتمتع بامتيازات المرض أصبح من الصعب عليه أن يتخلى عن هذا الاشباع إذا عاد سلباً معافى . وهذا يتطلب من الأطباء معرفة هذا النوع من التكوين النفسى لبعض المرضى حتى يتخذ طرق الوقاية التى تحول دون إستسلام المريض لمرضه . على أى حال إن شفاء المريض جسيماً يجب ألا يعنى عند المحيطين به التبخر الفجائى للسلوك الطفلى للمريض . فعملية العودة إلى الحياة الطبيعية تتطلب التدرج وتأخذ بعض الوقت .

أمراض القلب

من الأفكار السائدة منذ القدم أن القلب مركز الانفعالات ، ومصور القلب على أنه عضو حساس ، يحز فيه الألم ، وينتشى بالسرور ، ويخفق بالحب ، وتعتصره الأحزان ، ويثقله الهم ، ويستخفه السرور وه كذا ... إلا أن القلب ليس عضواً ضعيفاً كما يتصور البعض وعلى الرغم من أن أمراض القلب تعتبر من الأمراض الخطيرة إلا أنه من المعروف أن معظم من يشكون من آلام فى القلب أو فى منطقتهم آلامهم وهمية ولا يوجد لها أى أساس عضوى. من ذلك الآلام التى يشكو منها المرضى بالنيورستانيا أو بوم المرض Psychathenia . فنظراً للقلق الذى يحتاج هؤلاء ، وحساسيتهم لوظائفهم الجسدية ، فإن حساسيتهم لنبضات قلوبهم تكون كبيرة . وهذه ظاهرة يعرفها الأطباء فيمن يعانون من القلق أو من شعور بالذنب أسبابه لا شعورية .

والأسس النفسية لكثير من أمراض القلب لا زالت غير معروفة وإن كان هناك من الأدلة ما يشير إلى أن لها مكانها وتتفاوت الاستجابات النفسية للمرضى بالقلب تفاوتاً كبيراً إذ تتراوح ما بين التجاهل التام للمرض وبين الرعب والفرع .

والاعراض العصابية المختلفة التي لوحظت على المرضى بأمراض مزمنة في القلب هي الخوف من الأماكن المغلقة ، والتواكل والإعتماد التام على الوالدين ، والاضطراب الانفعالي العام ، والقلق ، والشعور بالذنب ، والرعب .

إن أمراض القلب أمراض خطيرة تتطلب الحد من نشاط الفرد الجسماني والعقلي والانفعالي، والحياة حياة رتيبة والاعتماد الإجباري على الآخرين. لهذا يستجيب البعض للمرض إما بالتجاهل التام ومواصلة النشاط العادي وبدون حدوث الاعراض النفسية التي يعاني منها الآخرون ، وإما بالفرع والهلع . وفي كلتا الحالتين شعور كامن بعدم الاعتراف بالواقع كما سبق أن ذكرنا في وصفنا لسيكولوجية المرضى . وتبين كثير من الدراسات أن شخصية المريض أهم بكثير من المرض نفسه من ناحية مواجهة الفرد لمرضه والاعراض النفسية التي تبدو عليه .

امراض الجهاز الهضمي

للجهاز الهضمي في رأي المحللين النفسيين ثلاث وظائف أساسية هي تناول الطعام ، والاحتفاظ به ، والاخراج . وفي رأيهم أن هذه الوظائف تعبر عن ثلاث نزعات إنفعالية طفلية هي الرغبة في الأمن والتعصيد ، والرغبة في غيظ الوالدين بالاحتفاظ بالبراز (الامساك) ، والرغبة في العطاء للحصول على التعصيد (الاسهال) . ويعتمد الرضيع والطفل على الأم للحصول على الأمن والتعصيد . غير أن البالغ الذي يسعى إلى الاستقلال والقوة يرغب حين تواجهه الشدائد (لا شعوريا) في الأمن الذي يحتاجه الطفل والحب والتقدير والرعاية ولما كان من الصعب عليه أن يعترف شعوريا بذل هذه الرغبات فإنه يقوم بعمليات تعويضية

مناقضة فيها زيادة الجهد . وهنا تقوم المعدة بوظيفة مضاعفة إذ تستنظم للحصول على الحب بالاضافة إلى وظيفتها العضوية كجهاز للهضم . يؤدي هذا إلى زيادة نشاطها وزيادة إفراز العصارة المعوية التي لا تحملها جدرانها فتنشأ القروح .

ويقسم الكسندر (١٩:٤) أصحاب اضطرابات الجهاز الهضمي تبعاً للوظائف السابقة إلى أنماط ثلاثة هي : النمط المعدى ، ونمط الاسهال ، ونمط الامساك . ففي نمط المعدة حيث تكون الإصابة في العادة بقرحة الاثنا عشر وعصاب المعدة تكون رغبات التناول والاخذ قوية ويحاربها المريض بقوة لأنها تتصل بصراع حاد في شكل شعور بالذنب وإحساس بالنقص مما يؤدي إلى إنكار هذه الرغبات وتتلخص الديناميكية في هذا القول «أنا لا أريد الاخذ أو التناول أنا نشط وكفء ولا توجد لدى مثل هذه الرغبات» .

أما نمط الاسهال ويسمى أيضاً بالنمط القولوني فتتلخص ديناميكية فيما يلي : «من حق أن آخذ وأن أطالب لأنى أعطى من ناحيتى بما فيه الكفاية . أنا لا أريد أن أحس بالنقص أو بالذنب من أجل رغباتى فى الاخذ لأنى أعطى شيئاً بدلاً مما آخذه» .

وفى نمط الامساك تكون الديناميكية كما يلي : «أنا لا آخذ شيئاً وبالتالى فلست مرغماً على العطاء» .

لهذا تميز كثير من الدراسات أن الافراد الذين يتميزون بحدة النشاط والطموح والذين يرغبون فى تحمل المسئولية ويبدولون الجهد كثيراً ما يقعون فريسة مرض القرحة فى المعدة أو فى الاثنى عشر . فالسمات التى تتميز بها هذه الشخصيات تمثل تعويضاً زائداً لتغطية الزعة نحو الاعتماد والاخذ التى تزداد حدة كلما زادت معارضتها وعدم السماح لها بالتعبير بطريقة سوية .

أما في النمط القولوني فيبدو إما أن هناك رغبة طفلية الإنتاج مع وجود نزعة للمصالحه، أو ٢ - دافع سادى شرعى يستخدم فيه البراز كسلاح للعدوان . وفي هذا النمط يتم التعبير عن نزعات الإنتاج أو المصالحه أو الهجوم عن طريق الجهاز الارادى ولأن الوظائف الاخراجية لها دلالة رمزية من ناحية العطاء والهجوم فانها تحل محل العطاء الحقيقي للآخرين أو مهاجمتهم .

هذا وتجب الإشارة إلا أنه من الممكن أن تتداخل الانماط وتبدو أعراضها في الفرد الواحد ، فمن يصابون بأمراض المعدة يصابون أحيانا بالاسهال ، كما أن أصحاب النمط القولوني قد يصابون أحيانا بالامساك .

ويرى المحللون النفسيون أن الجهاز الهضمى تبعاً لوظائفه الثلاث الاساسية يناسب التعبير عن النزعات البدائية الثلاث (الاخذ ، والحفظ ، والعطاء) إذا لم يتم التعبير عنها تعبيراً سوياً عن طريق الجهاز الحركى الارادى أو عن طريق الجهاز الجنسى إذا حدث له كف بالصراعات الداخلية ويناسب الجزء العلوى من الجهاز الهضمى طبقاً لوظيفته الطبيعية التعبير عن نزعات الاخذ بينما يناسب الجزء السفلى منه التعبير عن العطاء أو الحفظ .

الرَبو

لأهم معهد التحليل النفسى بشيكاغو - دراسة الأمراض النفسجسمية معتمداً في تفسيرها على مفاهيم التحليل النفسى . وقد اعتمدنا على نتائج دراساته في تفسير أمراض الجهاز الهضمى . ونعتمد في تقسيمنا للربو على نتائج دراسات فرنش French (١٩٤٤) أحد أعضاء هذا المعهد الذى أولى عنايته لهذا المرض وفي رأيه أن المرضى بالربو يحركهم خوف لاشعورى من فقدان الام أو من يقوم مقامها

كما تحركهم رغبة قوية في إستعادة حب الام بالاعتراف لها بالذنب ، غير أن الاعتراف بالذنب أمر يبعث على الخوف فتختق الكلمات في الحلق وتبدو حشرجة الازمة . والاعتراف عملية دفاعية تستخدم الكلام ، والكلام عملية يتدخل فيها الجهاز التنفسي ، فليس عجباً أن تكون هناك علاقة وطيدة بين الاعتراف وأزمات الربو . هذا بالإضافة إلى أنه يبدو أن هناك علاقة بين الربو والضحك أو البكاء ، فأزمة الربو تبدو وكأنها نوع من البكاء ، أو صيحة من القلق أو الغضب تم قمعها وكفها . فأول إستجابة للطفل عند فصله عن أمه في عملية الولادة هي البكاء ، ويظل البكاء طيلة مرحلة المهد والطفولة الاستجابة المألوفة في مواقف الازمات والشعور بالضعف حين يشعر بحاجة للام لأن تكون بجانبه . فإذا ما تقدمت به السن يتعدل البكاء كاسلوب بدائي إلى الكلام ، ويظل الاعتراف له وظيفة في حفظ الرابطة بين الطفل وأمه . ولسبب أو لآخر لوحظ أنه في المواقف التي تستثير أزمات الربو يعجز الطفل عن البكاء . ويعترف كثير من مرضى الربو أنه مرت عليهم سنوات دون أن يبكوا مرة واحدة ، كما يباهى البعض بأنه لم يشعر بالخوف أبداً ، وهناك آخرون يرون أن البكاء مستحيل عندهم في مواقف معينة فقط . ويذكر فرنش أنه في علاج المرضى كثيراً ما استطاع المحللون النفسيون إستبدال أزمات الربو بنوبات من البكاء .

والمواقف التي تستثير الخوف من فقدان حب الام والتي تبعث على أزمات الربو مواقف الاغراء الجنسي . وتتوقف علاقة أزمات الربو بعقدة أوديب على جنس المريض . ففي الذكور يكون الصراع بين الدافع الجنسي نحو الام والخوف من فقدان حبها . أما في البنات فيبدو أن المواقف التي تبعث على الازمات

مواقف تكون فيها الرغبة الجنسية نحو الاب مهددة بفصل الطفلة الصغيرة عن أمها .

ومن الطريف أن الاغراء الجنسي وليس الاشباع المحرم الذى يبحث على الازمة . فقد بينت الدراسات أنه إذا سار المريض شوطا نحو الانزلاق فى ممارسة جنسية فعلية فان ذلك يمكن أن يتخذ دلالة على أنه قد سيطر على الرعب من فقدان حب الام بشكل يمكن أن يحول من مجرى أزمة الربو . إذ يبدو أن أزمة الربو تمثل رد فعل لشعور حاد بالضيق . وفى وقت الاغراء يكون الاعتماد على الام كبيراً ويغلب التهديد بفقدانها المريض على أمره فتحدث الازمة . فاذا خضع للاغراء فمن الممكن ألا تحدث الازمة .

على أى حال يجب أن نلاحظ أن التدخل فى عملية التنفس يعتبر خبرة مخيفة فى حد ذاتها لهذا يوجد لدى كل مريض بالربو كية من القلق الأساسى تزيد عن الحد . ويجب ألا نخلط بين القلق المنبعث عن الخوف من الاختناق والخوف اللا شعورى من فقدان حب الام . ويمكن التمييز بين النوعين بالانتباه إلى الأعراض الجسدية . فالمريض الحقيقى بالربو يجد صعوبة فى إخراج الهواء من رتبه ، وفى إمتصاص كيات من الأوكسجين إذا أعطيت له ، ويستجيب عادة ببطء للعقاقير المنومة . أما المريض بعصاب القلق الذى يصاب بنوبات الربو فانه يجد صعوبة فى عمليات الشيق والزفير ويستجيب سريعا للأوكسجين والمخدرات .

ومريض الربو المصاب بالاكتئاب يعانى من اليأس من الشفاء ، وهذا النوع يكون اكتابه أوليا بينما يكون الربو ثانويا .

ويستغل بعض المرضى بالربو مرضهم للحصول على التعضيد والعناية والاهتمام
ويستجيبون للتعاطف النفسي كما يستجيبون للعلاج الطبي .

وسواء أكانت صعوبة التنفس تؤدي إلى قلق ثانوي أو أن القلق الأساسي
والاكتئاب والتواكل والخوف عوامل أولية بيننا الآلام الجسدية ثانوية ،
فهذه مشكلة على الطب أن يكتشفها فيما يختص بكل مريض على حدة على أي حال
ففي هذا المرض كما في غيره من الأمراض يبدو أن العوامل النفسية سواء أكانت
أولية أو ثانوية أمر لا يمكن تجاهله .

الباب السابع

الاضطرابات العضوية في المخ ، والصرع
والتأخر العقلي ، والشيخوخة

الفصل الخامس عشر

الاضطرابات العضوية في المخ

في عرضنا للتطور التاريخي للطب العقلي في الفصول الأولى بينا أن هناك اتجاهًا قويًا لإزالة سائدا له جذوره التاريخية يؤكد أن أي شذوذاً وانحرافاً لابد أن يكون له أساسه المرضي في المخ نتيجة لتغيرات تكوينية أو نوع من العدوى . وإذا كنا عاجزين حالياً عن تحديد طبيعة التغيرات التكوينية التي تطرأ على المخ أو تحديد المنطقة التي يوجد فيها المرض في كثير من الاضطرابات العقلية ، فلا يعنى هذا أننا لن نتمكن من إكتشاف ذلك في يوم من الأيام . على أي حال من الثابت أن هناك أنواعاً من السلوك الشاذ والخبرات العقلية الشاذة التي تحدث نتيجة لتغيرات تكوينية في المخ أو في وظيفته . فالمخ إذا لم يتطور في نموه تطوراً طبيعياً ، أو إذا تأثر بميكروبات معينة أو بالتخدير أو لحق به الضرر بشكل أو بآخر ، أو لحقت بأجزاء منه الأورام ، فإننا نتوقع اضطرابات سلوكية تدخل دراستها في مجال طب الأعصاب وجراحة الأعصاب . وسنتناول في هذا الفصل الاضطرابات السلوكية والمرضية المرتبطة بأورام المخ ، والشلل الاهتزازي أو (مرض باركنسون Parkinson) ، وشلل الأطفال ، والتهور أو (مرض هنتجتون Huntington) ، وذهان الشلل العام ، والصرع . وتتكلم في الفصلين التاليين عن الضعف العقلي والشيخوخة ويعتمدان أساساً على تغيرات مرضية في المخ .

١ - أورام المخ

Brain Tumors

يتعرض الجهاز العصبي المركزي للأورام التي تتفاوت في درجتها. وتحدث هذه الأورام في جميع مراحل العمر غير أن نسبتها ترتفع ما بين سن ٣٠ و ٥٠ سنة ولا يوجد علاقة بينها وبين الجنس ، أو القومية ، أو المستويات الاجتماعية والاقتصادية . وترتفع نسبتها بين الرجال عن النساء . وتبلغ نسبتها في المرضى بأمراض عقلية حوالى ١٧٪ وهذه النسبة لا تختلف عن النسبة التي توجد بين غيرهم من المرضى مما يدل على أن هذه الأورام ليست هي الأساس في كثير من الأمراض العقلية . على أى حال يقال أن الاضطرابات العقلية تصحب الأورام في المخ في نسبة تتراوح ما بين ٤٠٪ إلى ١٠٠٪ من الحالات . ومن الخطوات الأولية التي تتخذ في تشخيص الأمراض العقلية تحديد ما إذا كانت الأسباب عضوية أو أن المرض وظيفي . وقد ابتدع الاختصاصيون النفسيون الاختبارات النفسية التي يمكن أن تساعد في هذه العملية .

ويتوقف السلوك العام للعصاب بورم في المخ على مكان الورم، وسرعة نموه، والحالة التي وصل إليها . ففي المراحل الأولى يلاحظ على المريض سرعة الاستقارة، والشعور بعدم الراحة ، والازعاجات العدوانية ، كما قد يشعر المريض شعوراً غامضاً بالضيق أو بآلام حقيقية في الرأس . ونظراً لحالة التوتر التي قد يكون فيها المريض فإنه قد ينفجر في نوبات غضبية ، وكلما ازداد الورم يتحول عدم الشعور بالراحة إلى حدة في النشاط ، وقد يتبع بعض المرضى ويلجأون إلى العنف والنحيم والتخريب . وقد تتلو حالات الهياج حالة من عدم الاهتمام والبلادة العاطفية ، ويحتاج المريض لبذل مجهود غير عادي للقيام بأداء أوجه النشاط اليومي .

ويضطرب كلام المريض ويتوقف مدى الاضطراب أيضا على مكان الورم ومداه ومدى الاضطراب العقلي الذي يعترى المريض ومزاجه . ففي البدايه تبدو شكوى المريض في شكل هستيرى يصعب معه تمييز ما إذا كان المرض وظيفيا أو عضويا ، وبتقدم المرض يفقد المريض التلقائية ويعترى كلامه الرتابه والتأخر في النعمة وفي طريقة الكلام . ويبذل المريض جهداً كبيراً لفهم ما يوجه اليه من اسئلة والاجابة عليها ، وكلما كان السؤال صعبا كلما كان المجهود أكبر . وفي خلال ساعات قليلة قد يتحول المريض من حالة صمت إلى حالة يتمكن فيها من الاجابة على الاسئلة التي توجه اليه إجابات سليمة .

واضطرابات الكلام مألوفة في نسبة حوالي ١٠٪ من الحالات حيث لا ينطق المريض إلا بكلمات قد لا يفهمها من يسمعا .

ويصاحب القلق أو الخوف أو الاكتئاب أو التجلي أو عدم الاهتمام أورام المخ . ولا يوجد تسلسل معين للحالات المزاجية ولكن يمكن القول أنه في البداية يفقد المريض المبادأة والشجاعة ثم يصبح شخصا يفقد صبره سريعا سريع الاستفزاز ، وكلما زاد المرض كلما زاد إهتمامه بنفسه وكأنما سيواجه نكبة . وفي المراحل الأخيرة يفقد معظم المرضى الحساسية للالم ، ويفقدون البصيرة ، والحساسية للواقع ، ويقل إهتمامهم بمرضهم وبالعرف والمسئوليات كما يهتمون بالاهتمام بمظهرهم ونظافتهم وبعض المرضى يصيبه الاكتئاب ويحاول الانتحار .

ويصاب المرضى بأورام المخ بالهلوسة التي لا تختلف عن الهلوسة المصاحبة للأمراض الأخرى والهلوسة عادة بصرية وسمعية :

وفقد المريض إحساسه بالزمان والمكان ، ويأتي فقدان الإحساس بالزمان أو لا ثم يبدأ عجز المريض عن التعرف على ما يحيط به ، وينتهي إلى العجز عن التعرف

على أقاربه . وفي الحالات الشديدة يعجز بعض المرضى عن التعرف على طريقهم في محيط المنزل فيتجولون بدون هدف ويتوهون في منازلهم .

٢- الشلل الاهتزازي

Paralysis agitans

ويسمى أيضا بالفالح الارتجاف أو دى الرعشة أو مرض باركنسون Parkinson وسبب هذا المرض غير معروف في معظم الحالات. لقد كانت إصابة بعض الحالات بعد الإصابة بمرض النوم ، وإصابة البعض الآخر بعد التسمم بأول أو أكسيد الكربون، وحالات أخرى يسود الاعتقاد بأن السبب في إصابتها استعداد وراثي.

وكان جيمس باركنسون أول من أعطانا في سنة ١٨١٧ وصفا منظما لأعراض هذا المرض . إذ ذكر أن المص يميز بحركة إهتزازية لا إرادية في الجسم مع ضعف القوة العضلية ونزعة إلى إنحناء الجذع أماما وتخلخل المشي نتيجة لتحول الخطوة من خطوة هدفها المشي إلى خطوة جرى ، مع عدم إصابة النواحي الفكرية والحواس .

ويمثل هذا المرض نسبة أقل من ١٪ من الأمراض العصبية . ويوجد في كل البلاد وفي كل المستويات الاقتصادية والاجتماعية وترتفع نسبته بين الرجال عن النساء ، ويبدأ ظهور المرض في العادة في السن ما بين ٥٠ و ٦٠ سنة. وفي بداية المرض تظهر الأعراض الآتية : بطء الحركة وعدم مرونتها ، وتخشب جسم المريض ، ووضع خاص تتخذه اليدين أثناء الراحة ، وكلما ازداد المرض يبدأ إهتزاز إحدى اليدين أو كلاهما، يشكو المريض من صعوبة مسكه للأشياء، ويفقد الوجه قدرة التعبير عن الانفعالات ، ويبدو مقنعا بهورة واحدة تحدق في فراغ.

ويفقد هؤلاء الافراد المبادأة وتصعب عليهم عملية البدء بالقيام بأى عملية من عمليات النشاط اليوى فيجمد نشاطهم .

٣ — شلل القشرة المخية

Cerebral Palsy

ويسمى أيضا بشلل الاطفال القشرى وهو مرض فيه عجز حركى نتيجة لتغيرات فى المخ موجودة منذ الولادة أو بعد الولادة بفترة قصيرة ويظل أثرها طيلة حياة الفرد. ولعل أهم عرض فى هذا المرض هو التشنج أو التقلص الذى يعترى إما جانباً من الجسم أو عضواً من الاعضاء أو كل أعضاء الجسم أيضا فى الحالات الحادة . وهذا التشنج أو التقلص عبارة عن حالة فقدان المرونة فى العضلات يصحبها عجز فى التحكم الارادى فى الحركة . ويولد حوالى ١/١٠٠٠٠ هؤلاء الاطفال قبل إتمام فترة الحمل . ولاتلاحظ الأعراض على الطفل لعدة أسابيع أو عدة أشهر بعد ميلاده . ويمكن بعد عدة أشهر ملاحظة عجز الطفل عن الجلوس أو رفع الرأس مع صعوبة فى البلع . ويتأخر هؤلاء الاطفال عادة فى الكلام ويتأخرون فى النمو وإن كان التحسن فى التناسق العضلى من الأمور المألوفة حتى سن ١٢ سنة والخلاصة أن أهم ما يميز به هذا المرض هو العجز الحركى منذ الولادة . ونسبة الضعف العقلى بين المصابين بهذا المرض تصل إلى حوالى الثلث وتؤثر العامة الجسمية كآى عاهة أخرى على نمو المصابين بهذا المرض وتكيفهم الاجتماعى . وتظهر هذه المشكلة بوضوح فى عجز هؤلاء الاطفال عن التنافس مع زملائهم حركياً فى المدارس وتعرضهم لسخريتهم ، وتصبح منذ الطفولة العلاقات الاجتماعية ، صدىراً من مصادر مشاكل هؤلاء الناس . والواقع أن الدراسات التى قورن فيها هؤلاء المرضى بالسويين قد بينت أنه لا يوجد إختلافات

جوهريه بينهم وبين الاسوياء في كثير من مظاهر الشخصية اللهم إلا من ناحية النمو الانفعالي والتضح مما يبدو نتيجة طبيعية للظروف البيئية التي يضطر هؤلاء المرضى إلى الحياة فيها .

خوريا هنتنجتن

Huntington Chorea

ويتميز هذا المرض بالعوامل التالية : ١ - وجود عامل وراثي ٢ - يبدأ متأخراً أى في فترة من العمر متأخرة ما بين سن ٣٥ - ٤٠ يصاحبه شذوذ جسماني وعقلي ولا تسبقه أى شواهد تدل عليه ٣ - عدم معرفة كنه الإصابة في المخ ٤ - تدهور عقلي مستمر وملاحظ . وكل أنواع الخوريا وأشهرها خوريا سيدنهام Sydenham أو رقصة القديس فيتس Vitus ' dance تتميز بحركات عضلية إيقاعية منظمة وتكون الأعراض في البداية عبارة عن إهتزازات حركية مصحوبة بنجمل وسرعة الاستفزاز ثم التدهور العقلي . وينزع كثير من المرضى إلى الانتحار والإصابة بالجنون . ويوجد هذا المرض في جميع بلاد العالم . وإذا بدأ المرض فإنه لا يتوقف إلا في النادر . ومتوسط الفترة التي يمكن أن يعيشها الفرد بعد إصابته بالمرض تتراوح ما بين ١٠ و ١٥ سنة .

على أى حال في المراحل الأولى للمرض لا يوجد في العادة ما يعوق الحركة الإرادية التي يتلو القيام بها في العادة الحركة اللا إرادية التي تميز المرض وتكون الأعراض الأولى للمرض عادة إنفعالية أكثر منها عقلية إذ يكون المريض سريع الاستثارة ، حاد الطبع ، عاجزاً عن ضبط نفسه والبعض يصبح متغيباً لمن حوله ، يبحث عن الأخطاء جامداً في تصرفاته ، والبعض الآخر يدعى العظمة والتعالي ، وفي بعض الأسر التي يوجد فيها هذا المرض يكون الانتحار أمراً مألوفاً وفي

بعض الاسر يتوافر إدمان الخمر والمخدرات والافراط الجنسي أو العنف والتخريب، وكلما زاد المرض كلما تدهورت الناحية العقلية إذ تضعف الذاكرة والقدرة على التركيز ويصاب الادراك .

٥ - الشلل العام

General Paresis

وهذا المرض مثل حى لاضطراب عقلى كشفت عن طبيعته التجارب العلمية العملية. فاعراضه الجسمية والعقلية واضحة ومن النادر الخطأ بينها وبين الاضطرابات العقلية أو الجسمية الأخرى . وتؤكد البحوث العملية التشخيص الذى يتم تبعاً للاعراض الجسمية والعقلية . ويمكن فى العادة التنبؤ بسير المرض . وسبب المرض معروف وهو إصابة الجهاز العصبي المركزى بما يسبب مرض الزهري مما يؤدي إلى تحطيم أنسجة المخ ذاته، كما تم اكتشاف طرق العلاج . وهذا المرض فى جوهره عبارة عن شلل تدريجى مصحوب بتدهور عقلى معين . وقد بدأت نسبته تقل بعد اكتشاف علاج الزهري .

ويرى البعض أن المرض يسير فى مراحل ثلاث هى : مرحلة النيوروستانيا ، ومرحلة التدهور ، ومرحلة الهزال . ففى مرحلة النيوروستانيا يعجز المريض عن النوم ، ويعانى من سهولة الاستدارة ، ويفقد الاهتمام بعمله ، ويبدأ فى إظهار بعض التصرفات البدائية . وقد تتميز هذه المرحلة بفقدان النشاط وقد يستمر بعض المرضى فى عملهم العادى غير أنهم بالتدريج يجدون صعوبة فى الاستمرار .

وفى المرحلة الثانية يتصرف المريض تصرفات فيها غباء عقلى إذ قد يقدم هدايا غالية الثمن لأفراد لا يمتنون له بصلته . وقد يبدأ بعض المرضى فى السرقة ، وإذا سرقوا فهم يسرقون أشياء تافهة وأمام أدين المشاهدين، وتستمر ذاكرة المريض

وقدرته على الفهم في التدهور إلى الحد الذي يعجز فيه المريض المتعلم تعليماً عالياً عن حل مسألة حسائية بسيطة، ويفقد المريض تدريجياً قدرته على التعرف على مسكنه وعلى أقاربه . وغالباً ما تظهر أعراض كالآوهام ، والاكتئاب ، والهياج النخ . ويمكن تمييز أشكال مختلفة من الشلل العام تبعاً للأعراض السائدة: الشعور بالعظمة أو الاكتئاب أو الهياج .

وفي مرحلة الهزال يفقد المريض كل مهاراته ويضطر للبقاء في السرير وتظهر عليه مظاهر الشلل العام . ويؤدي البقاء في السرير إلى قروح في الجسد وكسور في العظم . ويصل التدهور بالمريض إلى عجزه عن التعرف على اسمه كما يضع أى شيء في فمه يصل إلى يده . ويقع المرضى في هذه المرحلة ضحية لأمراض السكتة أو أى أمراض عارضة .

وتمثل إضطرابات الكلام عرضاً مبكراً لهذا المرض إذ يعجز المريض عن نطق الكلمات الهجائية أو التحدث بسرعة . وتضيق حدقتا العينين ويكون هناك فرق بينها في الاتساع . وتقل حساسية المريض ، إذ لا يحس بأى خدش يحدث في جسمه ، ويتغير خطه .

ويقوم علاج هذا المرض على علاج الزهري والعلاج بحمى الملاريا . ويتوقف نجاح العلاج على سرعة تقديم العلاج قبل استفحال المرض . وإن كان هناك ما يشير إلى إمكانية نجاح العلاج مع من استفحل معهم المرض .

٦ - الصرع

الصرع حالة من الاضطراب في النشاط الكيميائي الكهربائي للدماغ ، تؤدي إلى ظهور أعراض منها الغيبوبة والتشنج العصبي ، ويصاحبه كثير من المشاكل النفسية . ويعتبر هذا المرض من أقدم الأمراض التي عرفها المصريون القدماء والعرب

واليهود ، وكتب عنه أبقراط حوالى سنة ٤٠٠ ق . م وهذا المرض معروف فى كل الشعوب وفى كل الأجناس ، وبالرغم من أن من يصابون به يكونون عادة فى مستوى ذكاء متوسط أو فوق المتوسط ، إلا أن المرض يحول بينهم وبين كثير من الوظائف والقيام بكثير من الأعمال . وقد شاهدت الأربعمائة سنة الماضية لحسن الحظ تقدما كبيرا فى تشخيص هذا المرض وبيان أسبابه مما ينبىء بإمكان السيطرة عليه وحل مشكلته التى استعصت على الحل طوال هذه القرون .

أنواعه وأعراضه .

١ - أشد حالات هذا المرض هى التى يصاب فيها المريض بالنوبة فجأة بالرغم من وجوده فى حالة عادية قبل ذلك بدقائق ، فيخرج مغشيا عليه فى عرض الطريق أو فى المنزل أو فى أى مكان ، ويغيض لونه وترسم على عينيه نظرة كظرات المشدود ، فتتشب أطرافه ، ويخرج الزبد من فمه ، وتعتبرى الجسم حركات تشنجية ما بين تقاص وارتناء فى حركات متتابعة ، ويكز على أسنانه وقد يعض لسانه فيقطعه ، وقد يجد صعوبة فى التنفس عند بدء الصدمة ، وقد يتبول المصاب أو يتبرز لإراديا ، فإذا ما مضى عليه ما بين دقيقتين وعشر دقائق يذهب فى سبات عميق ، ويبقى على تلك الحالة أحيانا مدة قد تستمر إلى ما يقرب من الساعة ، ويخشى على المصاب عند وقوعه تعرضه لإصابات جسمية من أثر اصطدامه بالأرض ، أو وجوده فى عرض الطريق أثناء مرور سيارة فتدمره ، وما إلى ذلك .

ويمكن تأخير أعراضه فى الغيوبة التامة الانفجائية ، والتشنجات الجسمانية ، والسبات بعد الصدمة ، والتنبيه التدريجى ، وقد تصيب الفرد النوبة نهاراً أو ليلاً أثناء نومه .

ومما يلاحظ أن مايزيد عن ٥٠ ٪ من المصابين بهذا النوع الحاد يسبق حالات التشنج عديم بعدة ثوان مايشبه الانذار باقتراب النوبة ، ويختلف نوع الإنذار من فرد لآخر ، فقد تكون مجرد شعور بإحساسات معينة في المعدة ، أو الدوار ، أو تمل في الأقدام أو الأيدي ، وقد تكون هناك إحساسات غريبة في العين أو الرأس أو العضلات وما إلى ذلك .

٢ - ومن حالات هذا المرض حالة أخف من الأولى ، تبدو أعراضها في شكل نوبات قصيرة من الدوار وفقدان الشعور ، وإضطراب في تعابير الوجه ، وتوقف عن العمل ، قد تمر سريعا جدا دون أن يلاحظها أحد حول المصاب الذي يعود بعدها إلى حالته الطبيعية . وقد تكون النوبات أفسى من ذلك مع بعض الأفراد ، فقد يتبدل الرأس وتحدث بعض التشنجات العضلية . وقد تتطور هذه الحالة إلى حالة عنيفة من حالات النوع الأول . وتكون حالات النوع الثاني أكثر تكرارا من حالات النوع الأول ، فقد يعاني من نوباتها الفرد من واحدة إلى مائة في اليوم .

٣ - النوبات الجاكسونية Jacksonian Seizure : وتتميز هذه النوبات بتشنج عضو من أعضاء الجسم كالنراع أو الرجل ، ولا يفقد معها المصاب شعوره إلا أنه يفقد إرادته في التحكم في حركة العضو الذي يبدو فيه العرض ، وقد تنتشر النوبة وتتحول إلى نوبة كبيرة من النوع الأول .

٤ - والنوع الرابع تختلف أعراض النوبات فيه من فرد إلى فرد ، إذ تضطرب الحالة الشعورية للفرد الذي يتصرف ويتكلم وكأنه في حالة لاشعورية . فيمشي ويكز على نواجذه ، ويرتدى ملابسه ، وقد يتكلم كلاما غير متسق ، ويجيب إجابات

مضطربة على ما يوجه اليه من أسئلة . وقد تستمر مثل هذه النوبات معه لعدة دقائق وقد تطول فتستمر ساعات أو أياما . ويبدو بعض المصابين وكأنهم مخمورون ويعتدون على كل من يتدخل في تصرفاتهم ، وقد يرتكب البعض منهم جرائم أثناء النوبة لا يتذكروها بعد انقضاءها .

ويعانى بعض الأطفال المشكلين من هذا النوع من الصرع ، ويظهر هذا في سلوك المشاكسة والاعتداء والتخريب والحرب والبذاءة ، حتى إذا ما انتهت هذه النوبات بدا الطفل هادئا وديعا حسن السلوك . ومن السهل اكتشاف هؤلاء الأطفال عن طريق الرسوم البيانية لتيارات المخ الكهربائية (EEG) Electro encephalogram اسبابه .

مما لا شك فيه أن إصابة المخ بجرح أو زوائد أو ما شابه ذلك تؤدي إلى إصابة عدد كبير بالصرع ، إذ تدل البحوث على أن حوالي ٣٥ ٪ من أصيبوا بجراح في الرأس وصلت إلى المخ أصيبوا به . ويعزى المرض في هذه الحالات إلى حالة إصابات المخ .

ويعزى المرض في بعض الحالات التي لا توجد فيها أى إصابة في المخ إلى انخفاض منسوب السكر في الدم ، أو التخدير أو اضطراب نشاط الغدد فوق الدرقية ، وغير ذلك من التغيرات الفسيولوجية التي تؤدي إلى تغير كيمياء الدم في المخ ونظام توزيعه فيه .

وهناك من الحالات ما لا يمكن أن يعزى المرض فيها إلى أى إصابة في المخ أو التغيرات الفسيولوجية ، ويسمى المرض في هذه الحالات بالصرع الحقيقي أو بالصرع الأولي .

وعما يساعد على تشخيص هذا المرض إمكانية الحصول على رسوم يسانية لتيارات المخ الكهربائية EEG فقد بينت هذه الرسوم اختلاف هذه التيارات في المصابين به عن العاديين ، كما تساعد كثير من الاختبارات النفسية على إكتشاف المصابين به أيضا .

وقد تقدم الطب تقدما كبيرا في سبيل السيطرة على هذا المرض وعلاجه أو التخفيف من حدته .

الفصل السادس عشر

التأخر العقلي

Mental Retardation

مقدمة .

في سنة ١٩٥٣ اشتركت منظمة الصحة العالمية WHO مع منظمة العمل الدولية ILO مع اليونسكو في عقد لجنة للخبراء لمناقشة موضوع التأخر العقلي، واصلت اللجنة تقريراً في سنة ١٩٥٤ يتضمن توصيات للدول والحكومات بشأن هذا الموضوع . وعقد المكتب الاقليمي للصحة العالمية بأوروبا ندوتين إحداهما في أوسلو سنة ١٩٥٧ والثانية في ميلان في سنة ١٩٥٩ . وفي هاتين الندوتين اتبعت الفرصة لأطباء الأطفال وأطباء الأمراض العقلية وعلماء النفس والمعلمين والاختصاصيين الاجتماعيين لمناقشة أدوارهم في معالجة مشكلة ضعفاء العقول وإمكانية التنسيق في الخدمات التي يمكن أن تقدمها كل فئة . وتحت زيادة الاهتمام بمشكلة التأخر العقلي خصصت لجنة خبراء الصحة العقلية جلستها في سنة ١٩٦٧ لمناقشة تنظيم الخدمات للتأخرين عقلياً ، وطلعت بتقريرها الخامس عشر سنة ١٩٦٨ تقدم فيه مقترحاتها وتوصياتها . وسنحاول في هذا الفصل أن نبرز أهم الاتجاهات التي يتناولها التقرير على أساس أنها تمثل أحدث ما كتب في الموضوع وأحدث الاتجاهات .

حجم مشكلة التأخر العقلي .

إن المعلومات التي لدينا عن حجم هذه المشكلة من ناحية نسبة المصابين بالتأخر

العقل إلى المجموع الكلى للسكان ليست محددة، إلا أنه يمكننا القول أن التأخر العقلي موجود في كل الشعوب وفي كل الأجناس. ويلاحظ أن البحوث المختلفة التي أجريت في بلدان مختلفة لتحديد حجم مشكلة التأخر العقلي تأثر التحديد فيها بمجال البحث، وتعريف المفاهيم وأنواع الأدوات التي استخدمت في القياس. ومع ذلك يمكننا القول أن هذه البحوث قد بيّنت أن نسبة التأخر العقلي بين السكان تتراوح بين ٣٪ و ١٠٪. ويبدو أن نسبة المتأخرين عقليا أعلى في سن التعليم عما هي عليه قبل هذه السن وبعدها وذلك لأن المدارس تعطي أهمية للوظائف العقلية كما أن التعليم الإجباري يسهل عملية اكتشاف المتأخرين عقليا.

وتتفق معظم التقديرات على أن ثلاثة أرباع من يوجدون في فصول المتخلفين عقليا يعتبر تخلفهم بسيطا وتكون نسبة الذكاء عذوم في العادة أكبر من ٥٠. أما البقية والتي تمثل ربع المزجوردين في هذه الفصول من يعتبر تخلفهم حادا أو عميقا فتصل نسبتهم إلى حوالي ٤ في كل ألف من الأطفال من هم في فئة العمر من ١٠ إلى ١٤ سنة.

وهناك من الأدلة ما يبين أن مشكلة التأخر العقلي وما يحيط بها من مشكلات تزداد يوما بعد يوم. فما لا شك فيه أن التقدم في مجال الطب وزيادة الخدمات الاجتماعية مما أدى إلى زيادة العمر المتوقع للمتخلفين عقليا عن الماضي، ويعني هذا أن الخدمات التي سوف تقدم لهم سوف يطول أجلها أيضا. كما أن زيادة التحضر، وتفرق أفراد الأسرة تبعا لذلك، وزيادة التصنيع مما عقد مشكلة تقبل المجتمع للمتخلفين عقليا ولاسهم. وسوف تواجه الدول النامية مثل هذه المشكلة مما يجب التخطيط له مسبقا.

لقد أدى زياده الاهتمام بالمشكلة إلى التعرف على بعض الاسباب التي لم تكن

معروفه من قبل على الرغم من أن معرفة الأسباب الحقيقية لا يمكن التعرف عليها إلا في قليل من الحالات كما لا يمكن اتخاذ سبل الوقاية إلا في حالات قليلة . ومع ذلك يبدو - ولو نظريا - أن زيادة المعرفة سوف تؤدي إلى طرق للوقاية أحسن . وفي الحالات التي لا يمكن فيها منع التأخر العقلي يمكن إتخاذ خطوات للتخفيف من أثره سواء طبييا أو تربويا أو بطرق أخرى خاصة إذا حاولنا إستغلال هذه الطرق في وقت مبكر من حياة الطفل .

فمن الاتجاهات التي تبين إمكانيات طبية نسوقها على سبيل المثال البحوث عن الكروموزومات إذ توحي هذه البحوث بأن العدوى بفيروسات معينة قد تؤدي إلى تغيرات كروموسومية وبالتالي تغيرات خلقية في داخل الرحم . كما أن دور سوء التغذية في باكورة حياة الطفل وأثره في عدم نمو النشرة المخية نموا سليما أصبح الآن معروفا . وتعطينا حاليا البحوث في ميدان الكيمياء الحيوية نتائج هامة ، كما تعطينا البحوث حول طبيعة عمليات التعلم عند الأسوياء والمتخلفين نتائج سوف تؤدي إلى تطور المبادئ العلمية التي يمكن استغلالها في عمليات التعليم والتدريب . وتبين المعلومات التي لدينا عن دور العوامل الاجتماعية والبيئية في التطور العقلي أن البرامج الاجتماعية الشاملة من الممكن أن تقلل من أثر العوامل ذات الآثار العكسية المبكرة . كما أصبح لدينا وعى بأن كلا من المتأخرين عقليا والأسوياء لديهم القدرة على التغير كل حسب درجة نموه . وهذا التغير يبدو أحيانا تلقائيا وأحيانا أخرى نتيجة لتدخل عمدي .

معكات التأخر العقلي :

ليس التأخر العقلي مرضا له ميكروب كمرض السل أو حمى التيفود مثلا ، لأنها هو شذوذ أو انحراف يتميز بالنقص في القدرة العقلية ، ويختلف في درجته

من فرد لفرد . وتختلف المحكمات التى تتخذ لتحديد التأخر العقلى من بلد لآخر إذ تتوقف هذه المحكمات على التقاليد السائدة فى المجتمع ، والفلسفة التى يعتقها ، وبالتالى درجة تقبله لهذه الظاهرة ومدى تعقد المجتمع ، ومدى وجود الخدمات التى يمكن أن تقدم لأفراد هذه الفئة . لذا لا يوجد مجموعة من المحكمات يمكن الاتفاق عليها لتقبلها كل بلاد العالم . فبعض الأفراد مثلاً ممن يكون تخلفهم بسيطاً قد يجدون صعوبات فى الحياة فى بيئة حضرية وصناعية غير أن تخلفهم قد يمر دون ملاحظة فى مجتمع زراعى غير معقد . واختلاف المحكمات بين الثقافات المختلفة يكون ملحوظاً حين محاولة تطبيق هذه المحكمات على المتخلفين الذين يقتربون من المستوى السوى غير أن الاتفاق سيكون موجوداً على من يكون تخلفهم حاداً . لذا نلاحظ أن المحكمات لا تتوقف على الفرد وعاهته ولكنها تتوقف على مدى تعقد المجتمع ، ومطالبه التى يفرضها على الفرد ، ودرجة تحمله للانحراف .

وتنبع الحاجة إلى المحكمات عن رغبة المجتمع للقيام بعمل من نوع ما . ويتلخص هذا العمل إما فى أ - العمل على حماية المجتمع أو ب - القيام بتخطيط تسهيلات معينة للمتخلفين ومنعهم عن القيام بأنواع أخرى من النشاط أو كليهما . وتعنى المحكمات العزل بشكل معين . ولما كان السلوك البشرى يقع على متصل مستمر فهناك دائماً نقطة تصفية يوجد تحتها المتخلفون وفوقها غير المتخلفين . وسيتأثر بهذه النقطة الأفراد الأقل تخلفاً .

وقد ذكرنا أن هؤلاء يكونون حوالى $\frac{1}{4}$ المتخلفين عقلياً . ويعنى ذلك أن الأفراد الذين يقعون على حدود التخلف والسواء سيكون عددهم كبيراً .

تصنيف التخلف العقلى :

إن أهم التصنيفات هى :

- ١ - القانونى الادارى ٢ - الاجتماعى ٣ - القياسى ٤ - السببى
- ٥ - الاكلينيكى النفسى .

١ - التصنيف القانونى الادارى:

يدل التصنيف القانونى الادارى على أن هناك إجراءات سوف تتخذ حيال المتخالفين عقليا . غير أن هناك ثلاث مشكلات تتعلق بهذا التصنيف هي :

١ - وصمة التسمية : فإن الفرد إذا ما وضع تحت فئة من فئات التصنيف يبقى فيها وتستمر وصمة اسم الفئة التى وضع فيها ملتصقة به .

ب - جمود الفئات : إذ نفترض عند وضعنا مجموعة من الافراد فى فئة من الفئات انهم جميعا يملكون خصائص معينة .

ج - تعميم استخدام الفئات التى وضعت لهدف معين (تربوى مثلا) لأغراض أخرى وبهذا يؤدى التقسيم القانونى إلى مصاعب .

وترى لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٦٨) أن تصنيف التأخر العقلى يجب ألا يعنى أن التخلف حالة تستمر بالضرورة طول العمر . حقا إنها كذلك بالنسبة لمن يكون تخلفهم حادا ، إلا أنها ليست كذلك بالنسبة للغالبية ممن يكون تخلفهم بسيطا ومنهم من يطرأ عليه التحسن .

٢ - التصنيف الاجتماعى :

يقسم التعريف الاجتماعى المتأخرين عقليا فى ثلاث فئات هي :

- ١ - المعتوه Idiot ويتميز بأنه غير قادر على حماية نفسه من أى خطر جسمانى ، وهو يمانى من النقص العقلى منذ ولادته أو منذ باكورة الطفولة .
- ٢ - الأبله Imbecile : ويتميز بأنه عاجز عن الاسترزاق رغم قدرته على

حماية نفسه من الأخطار الجسدية العادية ، وذلك لقصوره عقليا منذ الولادة أو
باكورة الطفولة.

٣ - ضعيف العقل Feeble-minded : ويتميز بأنه قادر على الاسترزاق إذا
هيئت له الظروف المناسبة ، إلا أنه عاجز عن منافسة الأفراد العاديين على قدم
المساواة ، أو رعايه نفسه بحكمة كغيره من الأفراد ، وذلك لقصوره عقليا منذ
الولادة أو باكورة الطفولة .

غير أن هذه التسميات التقليدية لم تعد مرغوبة حاليا لما تحمله من
وصمة إجتماعية.

٣ - التصنيف القياسى النفسى .

أما التقسيم القياسى النفسى فيقوم على نتائج اختبارات الذكاء ، ويؤدى إلى بيان
كيفية هذا التخلف . وكان تقسيم ترمان Terman (١٩١٦) إلى عهد قريب هو المتفق
عليه فى أمريكا وغيرها . وتحدد كل فئة من فئات هذا التقسيم بمعامل الذكاء كما تبينه
الاختبارات العقلية . ومعامل الذكاء هو حاصل قسمة العمر العقلى كما تبينه
الاختبارات مقسوما على العمر الزمنى مضروبا فى مائة . وإليك هذا التقسيم
وسنمين فيما بعد الانتقادات التى توجه إليه حاليا .

معامل الذكاء	الفئة	العمر العقلى للكبار
أقل من ٢٠	معتوه	Idiot أقل من ثلاث سنوات
٣٠ - ٥٠	أبله	Imbecile من ٣ - ٧ سنوات
٥٠ - ٧٠	مورون	Moron ثمان سنوات فأكثر
٧٠ - ٨٠	ضعيف العقل	Feeble-minded
٨٠ - ٩٠	غبي عاذى	

ويرى كل من أنستاسى وفولى Anastasi And Foley (١٩٤٩) أن القدرة اللغوية تلعب دورا كبيرا فى تعريف الذكاء تعريفًا قياسيًا نفسيًا ، فيبينه وسيمون- ويعتبران صاحبي الفضل فى وضع الأسس التى أدت إلى نجاح حركة القياس العقلى- عرفا المعتوه بأنه الشخص الذى يعجز عن التفاهم مع غيره عن طريق اللغة ، فهو لا يتكلم ولا يفهم الكلام . كما أن اسكويرول Esquirol ميز بين ثلاث فئات من ضعاف العقول هى :

١ - أولئك الذين لا يخرجون إلا أصيحات أو عويلًا .

ب - أولئك الذين لا يخرجون إلا مقطعًا صوتيًا واحدًا .

ج - أولئك الذين يمكنهم التعبير بجملة غير مفيدة .

كما يميز البعض الآخر الأبله بأنه الشخص القادر على فهم اللغة وإستعمالها ، والمورون بأنه الشخص الذى يمكنه تعلم الكتابة بالإضافة إلى فهمه للغة والتخاطب بها ، لكنه يجد صعوبة فى العمليات اللغوية والعقلية المعقدة .

وما لاشك فيه أن الذكاء يساعد على التعلم والنجاح فى المدرسة . ويتوقف المستوى الذى يصل اليه الفرد فى تعلمه على مدى ذكائه إذا ما توفرت العوامل الأخرى . إذا كانت أهم وظائف مقاييس الذكاء هى بيان القدرة على النجاح المدرسى . ويمكننا أن نقرر تبعًا لذلك أن ضعيف العقل عاجز عن التعلم والتحصيل وهو يختلف فى ذلك عن غيره من الأطفال العاديين .

ومما يلاحظ أن التعريف الاجتماعى يعتبر تعريفًا بيولوجيًا أيضًا . فمن أهم الدوافع محافظة الفرد على حياته وعلى بقاءه ، والشخص العاجز عن تحصيل قوته وحماية نفسه تتقهه القدرة على المحافظة على حياته وعلى بقاءه ، مما يؤدي إلى

عجزه عن التكيف والتفاعل مع بيئته المادية او الاجتماعية دون رعايه خارجية او اشراف .

وتقويم الخصائص النفسية الاكلينيكية ضروري و أساسي لكل تصنيفات التأخر العقلي . وهذه الخصائص تتضمن القدرات العقلية والتكيف الاجتماعي ، والفرابة في التكوين النفسي المرضى ومعدل النمو العقلي في الفرد . والمألوف هو تقدير الكفاءة الاجتماعية والقدرة العقلية والتحصيل المدرسي .

لذا لا يتوقف تشخيص التأخر العقلي على قياس الذكاء فقط ، ولكن على النضج الاجتماعي أيضا ، وعلى مدى الاستقرار العاطفي للفرد ، فصحة الفرد الجسدية و انزانه الانفعالي ، وقدراته المختلفة ، ومهاراته ، والبيئة التي يعيش فيها ، والمشاكل التي يصادفها ، من العوامل التي يجب إدخالها في الحسابان عند تشخيص حالات التأخر العقلي ، فمعامل الذكاء وحده لا يدل دلالة قاطعة على الفئة التي ينتمي اليها المتأخرون عقليا .

ويجب أن نؤكد أن تقدير كل من هذه النواحي على حدة لا يؤدي الغرض خاصة في الحالات التي تقع بين السواء والتأخر . فشخص نسبة ذكائه ٦٠ قد يكون لديه كفاءة إجتماعية من ناحية قدرته على العناية بنفسه أعلى من كفاءة فرد آخر نسبة ذكائه ٧٥ .

ويجب أن نعرف أن نسبة الذكاء IQ معرضة للخطأ وليست حكما مطلقا لان تقنيتنا للاختبارات ليس تاما فأحسن الاختبارات تقنيتنا لها معامل خطأ . لذا يجب في تفسير نسبة الذكاء من معرفة الاختبار وكيف تم تقنيته ومعرفة معامل انحرافه . فنسبة ذكاء قدرها ٦٠ على اختبار المتوسط فيه ١٠٠ ومعامل انحرافه ١٥ لا يعني نفس الشيء على اختبار متوسطه ١٠٠ أيضا ويكون معامل انحرافه ١٨ .

فكثير من الممارسين يفسرون نسبة الذكاء دون معرفة للشاكل التكنيكية التي
تضوى تحته .

ويجدر بي أن أشير هنا إلى أن بعض علماء النفس في مصر قد ترجعوا بعض الاختبارات
النفسية المشهورة وتركوها في أيدي طلبتهم للاستعمال دون تقنين مثلهم في هذه
العملية مثل الذي يستعمل «وازي نا غـ» ير متموغة أو من يبيع دواء لم تعتمد
معامل وزارة الصحة .

ويجب أن نشير كذلك إلى أن هناك مشكلات تتعلق بالكفاءة الاجتماعية
لأنها تتوقف في كثير من الأحيان على حكم ذاتي وتفسر الكفاءة الاجتماعية دائما
في الاطار الثقافي . ويكفي أن نذكر للتدليل على ذلك أن قانون الصحة العقلية
الانجليزي الصادر في سنة ١٩٥٩ نص على أن الأفراد لا يعتبرون مرضى
عقليا (بما في ذلك التأخر العقلي) على أساس الاباحية الجنسية أو السلوك
الاأخلاقي .

٤ - التصنيف تبعاً للأسباب .

ويقسم التأخر العقلي تبعاً لأسبابه إلى التأخر العقلي الأولي ، والتأخر العقلي
الثانوي . ويطلق التأخر العقلي الأولي على الحالات التي قد تعزى أسباب التأخر
فيها إلى أسباب وراثية بينما يطلق التأخر العقلي الثانوي على الحالات التي يبرز
فيها أثر العوامل البيئية في أي مرحلة من مراحل نمو الفرد وأنواعه غير موروثية
ولاتورث .

ومن الدراسات الهامة التي يستدل منها على أن للوراثة أثراً فيما يسمى بالتأخر
العقلي الأولي دراسة أسرة الكاليكاك Kallikak التي قام بها جودارد Goddard .
وتتلخص قصة هذه الأسرة في أنه خلال الثورة الأمريكية ، عاشر أحد الضباط

- ويدعى مارتن كاليكاك وكان من عائلة محترمة - فتاة ضعيفة العقل قابلها في إحدى الحانات فحماة منه وأنجبت طفلا . وبعد انتهاء الحرب عاد مارتن إلى أسرته وتزوج من فتاة من عائلة طيبة أنجب منها أطفالا . تتبع جودارد ٨٠ فردا من أحفاد مارتن من الفتاة ضعيفة العقل و ٩٦ فردا من أحفاده من زوجته في ستة أجيال متتالية فبينما وجد أن أحفاده من زوجته كانوا عادين ، وجد أن ٦ فقط من أحفاد ضعيفة العقل يمكن وصفهم بأنهم عاديون ، بينما ١٤٣ منهم كانوا ضعاف العقل ، أما البقية فلم يتمكن من الحصول على معلومات كافية عنهم . وقد انتقدت هذه الدراسة انتقادا مرارا وهما طعنات به عدم كفاءة الباحثين الذين جمعوا المعلومات ، وأن المعلومات التي تضمنتها عن ماتوا لا يمكن الوثوق بها ، كما أن البيئة التي عاش فيها أحفاد مارتن من الفتاة المعتوهة كانت تختلف اختلافا تاما عن البيئة التي عاش فيها أحفاده من زوجته مما قد يكون له أثر كبير في النتائج التي توصل إليها جودارد . إلا أنه مما تكمن الانتقادات التي وجهت إلى هذه الدراسة ، فقد أثبت جودارد أن الضعف العقلي مما يورث فعلا لعدة أجيال . وينتمي معظم هؤلاء عادة إلى فئة الموروثين ، إذ أن نسبة الضعف العقلي بين أحفاد هذه الفئة أعلى من نسبته بين فتي البلهاء والمعتوهين .

ويعزى الضعف في الضعف العقلي الثانوي، إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي في المخ . وقد تحدث الإصابة أثناء فترة الحمل أو أثناء الولادة أو بعدها . وقد تكون الإصابة نتيجة لحادثة جسمية أو عدوى ميكروبية أو نوع من التسمم ، فقد يحدث أثناء الحمل ما يعطل نمو الجنين نمو طبيعيا ، كما قد يحدث نزيف في الجهاز العصبي المركزي أثناء الحمل أو أثناء الولادة مما يؤدي إلى اختلال في تكوين المخ . ومن الميكروبات التي قد تؤدي إلى هذه الحالة أيضا الزهري الوراثي .

وحالات الضعف العقلي التي تنتج عن مثل هذه العوامل تدخل الفرد في فئة البلهاء أو المعتوهين . وهؤلاء يعانون عادة من تشويه جسماني إلى جانب ضعفهم العقلي . إلا أن هذه الحالات نادرة ، ومن حسن الحظ أن مقاومتها ضعيفة لآية عدوى ، كما يصابون عادة بالعقم فلا ينجبون أطفالا يرثون ضعف عقلم . ويعزو البعض الضعف العقلي - في كثير من الأحيان - إلى إصابات جسمانية تحدث بعد الولادة . فيقال مثلا إن الطفل قد وقع على أم رأسه فأصيب . وفي هذه الأقوال كثير من المبالغة إذ أن مثل هذه الحالات نادرة جدا .

٥ - التصنيف الطبي الاكلينيكي .

تقسم حالات الضعف العقلي طبيا تبعاً لمميزات جسمانية تفرق بينها، وأهم الانواع في هذا التقسيم ما يأتي :

١ - المنغولي Mongolian : وقد استمد هذا النوع اسمه من صفاته الجسمانية التي تشبه ظاهريا صفات الجنس المنغولي - من إنحراف العينين ، وسمك الجفون . ويتميز هؤلاء بصغر حجم الرأس وإستدارتها ، ونعومة الجلد ورطوبته ، وتشقق اللسان . ويكون هؤلاء عادة ما بين خمسة إلى عشرة في المائة من ضعاف العقول في المستشفيات العقلية . والاتجاه الحالي هو الانصراف عن هذه التسمية وتسمية هذه الفئة بإسم مكتشف أعراضها . فيطلق على هذه المجموعة من الأعراض بأعراض داون Down's syndrome

وعما يقال عن أسباب هذه الحالة إختلال نظام تغذية الجنين أثناء إخل ، والتسمم ، وإضطراب نشاط الغدد . ويبدو أن سن الأم عامل ذو أثر أيضا . إذ أن نسبة كبيرة من هذه الحالات تولد من أمهات يزيد سنهن عن أربعين سنة .

وعما يسترعى انتباه الزائر لأحد المستشفيات التي تؤوى هذه الحالات الشبه العجيب بينهم جميعا ، فيبدون وكأنهم إخوة وأخوات ولاشبه بينهم وبين أفراد عائلاتهم .

وهم ينتمون عادة إلى فئة البلهاء والمعتوهين . وهناك رأى يقول إن الحالات المنغولية تبدو وكأنها ولدت بعجز في الغدة النخامية مما يؤدي إلى اضطراب نشاط الغدد وبخاصة الغدة التناسلية وإفراز الأدرنالين. وقد أكد هذا الرأي تشرىج جثث بعض هذه الحالات .

ولا تعاني هذه الحالات من أى اضطراب إحساسى أو حركى سوى أن عندها حساسية زائدة للحرارة والبرودة ، وتأخر فى التماسق الحركى . ويبدى المنغوليون نشاطا ، وعدم إستقرار ، وبشاشة . ويموت كثير منهم فى الطفولة بأمراض تصيب الجهاز التنفسى ، وقليل منهم يعيش إلى ما بعد العشرين .

٢ - غائر الرأس Microcephalic : وتتميز هذه الحالات بصغر جمجمة الرأس لعدم اكتمال نموها فيما فوق الحاجبين وفوق الأذنين . فيبدو شكل الرأس غريبا وصغيرا . وتنتمى هذه الحالات إلى فئة البلهاء والمعتوهين أيضا ، ويكونون حوالى ٥ ٪ من حالات الضعف العقلى تحت سن عشر سنوات . وأنه وإن كان هناك ما يدل على أثر الوراثة فى هذه الحالات إلا أن الأدلة على ذلك غير كافية . وتدل بعض الدراسات على أن حالة الرحم أثناء الحمل قد تكون عاملا مسببا لها أو مؤثرا فيها . ولا يصحب هذه الحالات اضطراب إحساس أو حركى ويتميز أصحابها بالنشاط وعدم الاستقرار وسرعة التقليد ، إلا أنه يصعب عليهم الاستمرار فى عمل لمدة طويلة .

٣ - وهناك نوع من الضعف العقلى يتميز باضطراب نشاط الغدد مما يؤدي إلى وجود حامض خاص Phenylpyruvic acid يوجد بالتحليل فى البول، ويعتبر من أهم العوامل التشخيصية لهذه الحالات . ويتميز هؤلاء باضطراب حركى . وهم ينتمون أيضا إلى فئة البلهاء والمعتوهين . ولهذه الحالات أهميتها لأنها توحى

بإمكان تمييز أنواع أخرى من حالات الضعف العقلي التي يرجع الضعف فيها إلى اضطراب في الوظائف العضوية.

٤ - المقصوع Cretin : والصفات الجسمية التي تميز هذا النوع هي : القبض على النمو الجسماني ، وضخامة الرأس ، وقصر الأرجل قصرا زائدا ، وفطاسة الأنف وضخامة الشفتين ، وترهل الجلد . ويبدو الطفل عاديا عند الولادة ، ولا يظهر عليه الانحراف إلا بعد الشهر السادس ، إذ يبدو بطيئا في حركته ، ولا يضحك ولا يتسم ولا يعبر أي شيء اهتماما . ولا يتمكن هؤلاء الأطفال من تعلم الجلوس أو الوقوف أو المشي حتى السنة الرابعة أو الخامسة ، ويتأخرون في النطق حتى السنة السابعة ، ولا يعدو مستوى ذكاء هؤلاء مستوى البلهاء والمعتوهين . كما يتميزون بحسن المعشر . وهم أقل الفئات خلقا للشاكل لوداعتهم . وقد ثبت أن المقصوع يعاني من اضطراب الغدة الدرقية ونقص في هرموناتها . وهذا عامل هام في هذه الحالات ، وإذا عولج الفرد بخلصة هورمون الدرقية في سن مبكرة زالت عنه أعراض هذا الضعف وتحسن في اتاحيتين الجسمانية والعقلية . إلا أن فائدة هذا العلاج ليست قاطعة في جميع الحالات .

وما يجدر ذكره هنا أثر عامل الـ Rh ، في ضعف العقلي . وهذا العامل من العوامل التي تقرر نوع فصيلة الدم ، وقد اكتشف في عام ١٩٣٩ . والغريب في هذا العامل أنه لا يوجد في الدم البشري عوامل مضادة له ، إلا أنه إذا دخل الدم عن طريق نقل الدم في أفراد لا يوجد في دمهم هذا العامل ، أدى هذا إلى وجود تلك العوامل المضادة ولما كانت عملية نقل الدم تتم بين الجنين والام في الرحم ، فإذا كانت الام خالية من هذا العامل ، ووجد هذا العامل في الطفل ، أدى هذا إلى وجود العوامل المضادة في دمها نتيجة للحمل . ولا تؤثر هذه الحالة على الطفل الأول لأن

عملية تكوين هذه العوامل المضادة في دم الأم تستغرق وقتا... فاذا كان هذا العامل موجودا في الاطفال التاليين ، أدى وجود العوامل المضادة في دم الأم إلى أن يصاب الطفل باصابات جسمية خطيرة قد تنتهى بوفاة الجنين في بطن الأم . ويقال إن هذه الحالة إذا لم تؤد إلى إضطراب جسمى في الطفل فانها قد تترك أثرا في المخ يؤدي إلى الضعف العقلى .

وبتحليل دم عدد من ضعاف العقول الذين لا يدخلون تحت أى نوع من الأنواع السابقة - وهؤلاء يكونون الغالية ، ويطلق عليهم الفئة غير المتميزة - وجد أن نسبة منهم قد يعزى ضعف العقل عندما إلى هذا العامل . ولا زالت البحوث جارية لتأكيد مدى آثاره .

هـ - المعتوهون العقلاء Idlols Savants : والحالات من هذا النوع نادرة. ويتميز أصحابها بنبوغ في ناحية من النواحي مما يثير العجب. لأن هذا النبوغ يناقض قصورهم العقلى. وقد لخص هذه الحالات عدد من الباحثين . وقد يبدى المعتوهون العقلاء نبوغا في الرسم أو النحت أو الموسيقى أو أداء العمليات الحسابية المعقدة مما يرفعهم إلى مصاف العباقرة لولا ضعف قدرتهم العقلية في النواحي الأخرى . ومن هذه الحالات فرد شخصت حالته على أنه مقصوع Cretin ، ظهرت عليه مظاهر ضعف العقل منذ طفولته ، وقد أبدى هذا الشخص ميلا إلى الرسم وهو فى المستشفى فأعطى بعض الدروس فيه . فنبغ فى الرسم التصويرى وخاصة رسم القطط فسمى « رفائيل القطط » ومن اتججه رسوم بالألوان المائية للفرلان والارانب والديبة التى كانت تنطق بالحياة والدقة ، وقد ذاع صيته فى كل أوربا كما اشترى الملك جورج الرابع ملك الانجليز احدى قطعه الفنية لقطه وأطفالها .

ومن نبغوا من ضعاف العقول فى النحت فرد لم يستطع النطق حتى سن السابعة

وفشل في تعلم القراءة والكتابة ، إلا أنه كان يقضى وقته منذ الطفولة في رسم ونحت السفن من خشب وقود الدافء . وفي سن الخامسة عشرة التحق بأحد المستشفيات حيث وضع في ورشة التجارة فظهر نبوغه ، وقضى في المستشفى ما يقرب من ست وستين سنة أنتج خلالها ما يعتبر من روائع الفن من رسم ونحت ونماذج للسفن . وكان يصنع الآلات التي يستعملها بنفسه . ومن إنتاجه تمثال بشري ضخيم يبلغ إرتفاعه ١٣ قدما . وكان هذا التمثال يؤدي بعض الحركات الآلية مثل رفع النواعين ، والإشاحة بالوجه ، وإخراج اللسان ، وفتح الفم والعينين ومن إنتاجه أيضا نموذج لسفينة استغرق صنعه لها ثلاث سنوات .

ويرى فولى وانستاسي أن هؤلاء الافراد ليسوا بالمعتومين ولا بالعقلاء ، فمستوى ذكائهم غالبا ما يكون في مستوى المورون ، وإنتاجهم قد يكون مجرد إنتاج عادي ، ولوجودهم في وسط عاجز عن أى إنتاج ، يبدو إنتاجهم في مظهر النبوغ . ويتفق معها لاندس وبولس في هذا الرأي ويريان أن هذه الحالات قد تكون لافراد مرضى بالفصام وتاريخ حياتهم مجهول .

٦ - التصنيف الدولي للأمراض ICD *

راجعت لجنة الخبراء (١٩٦٨) التعديل الثامن للتصنيف الدولي للأمراض وأولت عنايتها للفئات من رقم ٣١١ إلى ٣١٤ في التصنيف والتي تصنف التأخر العقلي إلى بسيط mild ، ومعتدل moderate ، وحاد Severe ، وعميق

* World Health Organization (1967) Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, 1965 revision, Geneva .

Profound . وخصص التقسيم الفئة ٣١٥ للتأخر العقلي غير المحدد unspecific ويحدد التصنيف معامل الذكاء لكل فئة من الفئات الأربع .

وتنقد اللجنة هذا التصنيف في أنه لم يحدد متوسطات الاختبارات التي وضعت هذه المعاملات على أساسها أو معاملات الانحراف . وتقترح اللجنة أن يتمشى توزيع التأخر العقلي بالتقريب كما يلي :-

معامل الانحراف متوسط الاختبار معامل الذكاء			
تأخر بسيط	mild	٢ - إلى - ٢,٣	١٠٠ من ٥٠ إلى ٧٠
تأخر معتدل	moderate	٣,٣ إلى - ٤,٣	١٠٠ من ٣٥ إلى ٥٠
تأخر حاد	severe	٤,٣ إلى - ٥,٣	١٠٠ من ٢٠ إلى ٢٥
تأخر عميق	Profound	من - ٥,٣ فما فوقها	١٠٠ أقل من عشرين

وتؤكد اللجنة أنه يجب ألا ينظر إلى هذه الفئات على أنها ثابتة أو أنها الوحيدة ، إذ يجب أن نضع في الاعتبار دائما أن هذه الفئات متداخلة والنقط الفاصلة بينها ليست جامدة .

وتعارض اللجنة بقوة تصنيف من يقع معامل ذكائهم في الفئة ما بين ٦٨-٨٥ كحالات تأخر عقلي درجنا على أن نطلق عليها حالات بين بين . وتوجد في التصنيف الدولي تحت رقم ٣١٠ . وتقيم اللجنة اعتراضها على أساس أنه إذا اعتبرنا أفراد هذه الفئة من بين المتأخرين عقليا فإننا سنرتفع بنسبة التأخر العقلي بين السكان إلى ١٦ ٪ وهذا يفوق أي تقدير . كما أننا إذا اعتبرنا هؤلاء من بين المتأخرين عقليا فإننا سنحطم نوعية الخدمات الموجودة حاليا وقد خططت في الأصل للفئات ذات المستويات المنخفضة .

وترى اللجنة أنه مادام معامل الذكاء يستخدم لتحديد مستوى التأخر العقلي

فلأمانع من ذلك على أن تنفذ بما أوصت به في إستخدامه كما ترى اللجنة أنه يمكن إتخاذ معاملين من معاملات الانحراف تحت المتوسط كقياس تقليدي نافع لتحديد التأخر العقلي واعتبار معامل الذكاء ٧٠ حداً أعلى .

وترى اللجنة انها تفضل إستعمال مصطلح التأخر العقلي *mental retardation* على المصطلحات الأخرى كما تتقبل التقسيم الوارد في القاموس الدولي : بسيط ، ومعتدل ، وحاد ، وعميق .

اسباب التأخر العقل .

إن موضوع التأخر العقلي من أهم الموضوعات التي دار حولها الجدل فيما يختص بأثر كل من الوراثة والبيئة . ومما لا شك فيه أن حالات التأخر العقلي ، والأمراض العقلية ، والأمراض العصابية النفسية ، والإجرام ، والفقر حالات تتكرر وتتواتر في عائلات ضعاف العقول بما أدى إلى الاعتقاد بأن التأخر العقلي يرجع إلى إستعداد وراثي . ويرجع انحطاط بيئة ضعاف العقول إلى ضعف عقولهم وعدم قدرتهم على تحسين مستواهم إجتماعياً ومادياً . وهناك رأي آخر يقول إن التأخر العقلي يعود إلى أثر البيئة ، فضعاف العقول يأتون من بيئات منكوبة بالفقر والجهل والمرض . وهذه العوامل كافية لأن تشل القدرات العقلية . ولو أن الظروف قد عطفت عليهم فعاثوا في بيئة صالحة لما أصيبوا بالضعف العقلي . إلا أن هناك تطرفاً في كل من هذين الرأيين ، لانتا رأينا أن حالات التأخر العقلي ليست كلها وراثية وليست كلها ناتجة عن أسباب بيئية . فأسباب التأخر العقلي معقدة متعددة لا تنكفي الوراثة وحدها أو البيئة وحدها لتعليلها .

ولما كانت أعراض التأخر العقلي تبدو منذ الولادة ، فقد يكون السبب فيها إما عوامل وراثية أو عوامل أثرت في الجنين أثناء الحمل . وهناك من الأدلة

ما يدل على أن تعرض الجنين في بطن الأم لاشعة إكس مثلا تعرضا زائدا قد يخلق منه فردا مشوها . كما ثبت أن النقص في تغذية الجنين في الرحم وخاصة نقص بعض الفيتامينات قد يؤدي إلى تعطل في النمو العقلي ومن ثم إلى ظهور الضعف ، كما أن حالات الصرع والضرر الذي قد يلحق المنع اثر حادثة ما ، والعدوى ببعض الأمراض المعدية من العوامل التي قد تؤدي إليه .

وتصنف لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٦٨) الأسباب كما يلي :

١ - عوامل لها اثرها من قبل الحمل .

سلاية Genotic

١ - جين واحد

ب - جينات متعددة

٣ - كروموسومات

عوامل أخرى :

٢ - عوامل لها اثرها قبل الولادة

العدوى

المؤثرات الكيميائية

عوامل غذائية

عوامل جسمانية

عوامل تحصينية

اضطرابات في الغدد الصماء عند الأم

اضطرابات في المشيمة

عوامل أخرى .

٣ - عوامل مصاحبه للولادة

الاختناق

الاصابة

عدم الاكتمال

٤ - عوامل بعد الولادة

العدوى

الاصابة

عوامل كيميائية

عوامل غذائية

حرمان (حسي أو أبوي أو اجتماعي مثلا)

عوامل أخرى :

٥ - اسباب غير معروفة .

القدرات المختلفة والميزات النفسية للمتخلفين عقليا :

إن أهم القدرات التي يبدو فيها قصور المتخلفين عقليا كجماعة ، هي القدرة اللغوية ، مما يؤدي إلى عجزهم عن التحصيل في مواد كالقراءة والكتابة . وقصورهم في القدرة الحسابية أقل من قصورهم في القدرة اللغوية . وهم يفترون في هاتين القدرتين عن السويين فرقا واضحا ، إلا أن مستواهم في الرسم والأشغال اليدوية لا يفترق كثيرا عن مستوى السويين ، وما يحذر ذكره هنا أن الفروق الفردية بين المتخلفين عقليا أنفسهم فروق كبيرة . فالحكم على فردين بأنها ينتميان إلى فئة واحدة كمئة المعتمدين أو البلهاء لا يعني أنها متساويان في قدراتها المختلفة . كما أن معامل ذكاء واحد منهم قد يقرب بينه وبين الفئة التي تقل عن فئته في

الذكاء ، بينما قد يقرب معامل ذكاء آخر بينه وبين الفئة التي تفوق قوته فيه . وبذا يكون الاختلاف بين الاثنين كبيراً رغم إلتواء كليهما إلى فئة واحدة . كما أن التقسيم إلى فئات تقسيم مصطنع يقصد به سهولة الترتيب وسهولة الدراسة ، والحدود التي تفرق بين فئة وأخرى ليست حدوداً مطلقة ثابتة ، إنما هي مجرد اصطلاح عرفي لا غير .

ويبدو قصور المتخلفين عقلياً كذلك في القدرة على الانتباه وتركيزه ، وفي الذاكرة ، وفي إدراك التشابه والاختلاف وغير ذلك من العلاقات لذا كانت قدرتهم على التخيل والتفكير المنطقي ، والحكم ، والتعلم قاصرة . إذ يعجزون عن التكيف للواقف الجديدة بسهولة ، فيبدو في سلوكهم الجمود والاستمرار على وتيرة واحدة . فقد لوحظ المورون في المعاهد الخاصة يقوم بعمل واحد بشكل روتيني مدة طويلة من الزمن وبدقة دون أن يعثره الملل لضيق مجال أفقه وميوله فلا يجد ما يجذب انتباهه أو يحوله عن عمله .

ويفتقر كثير من المتخلفين عقلياً إلى القدرة على التأمل الباطني . ولقصورهم في فهم اللغة وعجزهم في الكلام يصعب إستغلال الطرق التي تستعمل مع العاديين معهم لدراسة الإحساس والإدراك والعمليات العقلية المختلفة والتفكير .

والمورون الذي يتراوح معامل ذكائه ما بين ٥٠ - ٧٠ يحتاج إلى عناية ورعاية لحمايته وحماية الآخرين منه . إذ تنقصه القدرة على التحكم في سلوكه وتغييره تبعاً للواقف المختلفة مما قد يسبب له ولغيره المشاكل . ويختلف هؤلاء فيما بينهم في قدرتهم على التعلم المدرسي ، إلا أنهم يعجزون جميعاً دون إستثناء عن النجاح في المدارس العادية بمناهجها وطرق التدريس فيها : لذ تخصص لهم عادة مدارس خاصة أو فصول خاصة لها مناهجها التي تتفق وقدراتهم ، كما تختلف طرق التدريس معهم عن مثيلاتها في المدارس العادية .

ويتمكن عادة من في مستواهم العقلي من اكتساب خبرات تعيشهم على كسب الرزق من حرف بسيطة إذا استمر الاشراف السليم عليهم، بل قد يتمكن بعضهم أحيانا من إتمام المرحلة الابتدائية، ويشعرون بأهمية ما يتعلمون، ويطلبون النصيح والإرشاد من الغير.

ويجب أن يهدف تدريب هؤلاء لا إلى رفع مستواهم العقلي ولكن إلى تدريبهم إجتماعيا وعاطفيا وحسيا.

ويجدر بنا أن نميز هنا بين أفراد هذه الفئة المستقرين إنفاليا وغيرهم من نفس الفئة المضطربين نفسيا. إذ يتميز المستقرون منهم بالطاعة والاجتهاد وحسن السير والسلوك ويمكن إسعادهم بسهولة، إذ يؤثر فيهم التناء، وفي وسعهم مبادلة الحب بالحب والعطف بالعطف. ولديهم فكرة طيبة عن الحسن والقييح. وقد يقع البعض منهم في مشا كل كثيرة يسببها لهم من يستغلهم عن لاضمير له لطاعتهم العمياء ولحفتهم على انجاز ما يطلب منهم أداؤه.

أما المضطربون نفسيا فخطوهم جسيم على المجتمع. ويمزى خطوهم إلى غباثهم ونزعتهم إلى الاجرام.

ولإليك بيانا كعينة لبعض الحرف التي قد يصلح لها أفراد هذه الفئة :

العمر العقلي	الحرفة
ثمان سنوات	حلاق، بستاني، بواب، العناية بالحيوانات والدواجن، عمل السلال، الخدمة في المنازل.
تسع سنوات	بستاني - نجار - سمكري - مساعد ترزي.
عشر سنوات	مساعد مطبجي - مساعد كهربائي - لبان - مساعد ترزي مكوجي - طباخ.

إحدى عشر سنة فراش مدرسة ناجح - صاحب محل تجارى صغير - ترزى عامل بمصنع .

ولما كان التأهيل المهنى عاملا هاما للحياة المستقرة لامثال هؤلاء ، وجب أن يهتم المشرفون عليهم بمعرفة الامكانيات المهنية الموجودة في البيئة، وقياس قدرات هؤلاء الافراد قياسا دقيقا حتى يستطيعوا التوفيق بين قدراتهم والعمل الذى يدرّبون عليه .

ويفتقر البلهاء الذين يتراوح معامل ذكائهم ما بين ٢٠ - ٥٠ إلى القدرة على العناية بأنفسهم أو الانتفاع من التعليم المدرسى . ويفترق هؤلاء فيما بينهم في نموم الجسماني ، فبعضهم ضخم في مظهره ، منفر كأقبح المعتوهين ، وبعضهم جميل الشكل حسن المنظر كأى فرى طادى . ويفشل البلهاء فشلا تاما في المدارس العادية . إذ يعجزون عن أداء أبسط العمليات الحسابية ، إلا أن بعضهم قد يتمكن من تسمية الألوان المختلفة ، ويفهم بعض الاوامر البسيطة التى تلقى عليه وينفذها ، ويميز ما إذا كان الوقت ليلا أو نهارا ، صباحا أو مساء . وقد يتمكن بعضهم من قراءة وهجاء بعض الكلمات السهلة المكونة من ثلاثة أحرف مثل زرع وكتب . وقد يتعلم جمع وطرح الأعداد البسيطة المكونة من خانة واحدة . ومن الممكن تعليمهم كيف يرتدون ملابسهم بأنفسهم تحت إشراف ، وكيف يتجنبون التعرض لبعض الاخطار فى بيئتهم مثل تجنب الاحتراق مثلا . وبالتمرين يمكن تأهيل بعضهم لبعض الاعمال البسيطة مثل الكنس وتظيف الارض والاحذية وغسل الملابس وغير ذلك . وإذا بدىء فى تعليم أفراد هذه الفئة عادات النظافة والنظام وآداب السلوك فى سن مبكرة تمكنوا من إكسابها اللهم إلا المنحطين منهم .

أما المعتوهون فيتمكن بعضهم من تعلم الاعتماد على النفس في إطعام أنفسهم بأنفسهم كما يتمكنون من ربط بعض الأسماء بالمسميات، وبالإشارة إلى هذه المسميات عند ذكر أسمائها ، إلا أن الغالبية منهم تحتاج إلى أن يعنى بها كالأطفال ، فيساعدون في الأكل وفي تغيير ملابسهم ، وتكون رعايتهم مستمرة .

ويصحب حالة العته عادة نقص حركي وإحساسى . وقد يكون التكوين الجسمى مشوها فيبدو الواحد منهم قبيح الشكل ، كما يعجز كثير منهم عن تعلم الكلام والمشي ، ويبدو أنهم لا يدرون ما يدور حولهم .

وخلاصة القول أنه يمكننا أن نقرر أن عدداً من ضعاف العقول من فتي البلهاء والمورون يمكنهم أن يدربوا على بعض الحرف ، وأن يعلوا القراءة والكتابة وآداب السلوك الاجتماعية . كما يجب أن نقرر أن أول مرحلة في تربية أفراد هاتين الفئتين هي مساعدة الآباء على تقبل النقص فيهم . إذ كثيراً ما يأتى الآباء بالإعتراف بالنقص في فلانت أكبادهم ، فيواصلون السعى لإيجاد علاج جسماني أو تربوي لإيجاد المستحيل ولا شك أن فهم الآباء للوقوف على حقيقة ما يساعد على تهيئة البيئة المنزلية للطفل ، وما يساعده على أن يتكيف في حدود قدرته . ويرى البعض أن التربية الأولى لضعيف العقل لا تختلف عن التربية الأولى للطفل السوى ، غير أنها تتطلب صبراً طويلاً ، وفيها لطيفة النقص الذى يعاني منه الطفل . لذا كان شعور الأم نحو طفلها هو محور الارتكاز الذى تدور حوله عملية تربيته . فيجب عليها أن تمنحه من حبها ما تمنحه للطفل السوى .

ويجب أن تتركز عناية الأم على تعليم الطفل المشى والكلام واكتساب عادات النظام والنظافة والاعتماد على النفس في الأكل تبعاً لقدرته ، على أن

تذكر دائما اختلاف طفلها عن غيره وضرورة بطئه في إكتساب هذه العمليات .

كما يجب أن تركز عنايتها في تدريبه على السلوك الاجتماعي المرغوب فيه .
كما يجب أن تعمل على أن يتقبل إخوة الطفل أخاهم كواحد منهم وإن اختلف عنهم
وأن تهيأ الفرص للطفل ليأب مع غيره من الأطفال على أن لا يستغل الأطفال
ضعفه فيمتنوه .

ومما لا شك فيه أن البرامج التعليمية والتربوية التي تتفق وقدرات ضعاف العقول تساعد على التحسن . إلا أنها لن ترفع من مستوى قدراتهم العقلية إلى مرتبة العاديين أبداً . وقد جربت طرق طبية مختلفة لعلاج هذه الحالات . فقد ثبت مثلا أن علاج المقصوع في سن مبكرة بخلاصة الغدة الدرقية يفيد بعض الأفراد . كما لوحظ أن جرعات من حامض الجلوماتيك Glumatic Acid ترفع من مستوى القدرة العقلية والتكيف الاجتماعي لبعض ضعاف العقول . وتدل بعض الدراسات على أن العلاج بهذا الحامض يفيد في الحالات التي لا تغاب عليها العوامل الوراثية ، أي حالات الضعف العقلي الثانوي ، إلا أن نتائج هذا العلاج لا زالت تحت البحث .

الفصل السابع عشر

الشيخوخة

يقدم :

خصصت لجنة خبراء الصحة العقلية التابعة لمنظمة الصحة العالمية تقريرها السادس الصادر في سنة ١٩٥٩ لمشكلة الشيخوخة على أساس أنها أصبحت مشكلة تواجه بعض الدول اليوم وسوف تواجه بعض الدول غداً . وكلما ارتفع مستوى المعيشة وتقدم الطب والظروف الاجتماعية كلما زاد عدد المسنين . فقد أثبتت الدراسات السكانية أن التطور السكاني يمر بدورة لها مراحل . في المرحلة الأولى يكون معدل الولادة عالياً ومتوازن مع معدل الوفيات . وتتم معظم البلاد الإفريقية وأندونيسيا وإيران وأجزاء من أمريكا الجنوبية بهذه المرحلة حيث ترتفع نسبة الوفيات ويرتفع معدل الولادة في نفس الوقت . وتبدأ المرحلة الثانية حين يبدأ معدل الوفيات في الانخفاض بينما يظل معدل الولادة عالياً فيزداد النمو السكاني . وتبدو هذه الظاهرة واضحة في عدد من البلاد الآسيوية وفي الجمهورية العربية المتحدة . وفي المرحلة الثالثة يبدأ معدل الولادة في الانخفاض يبدأ أنه يظل أعلى من معدل الوفيات . ويستمر عدد السكان في الزيادة . ومن الدول التي وصلت إلى هذه المرحلة روسيا وكثير من دول شرق أوروبا واليابان . أما المرحلة الأخيرة فيكون فيها انخفاض نسبة الوفيات متوازن مع انخفاض نسبة الولادة والنتيجة الطبيعية هي أن يظل معدل السكان ثابتاً ويصبح العمر المتوقع للفرد عالياً كما هو الحال في كثير من الدول المتقدمة صناعياً وحضارياً . فقد زاد عدد المسنين

في الولايات المتحدة أى من هم في سن ٦٥ فما فوقها في سنة ١٩٥٠ أربعة أضعاف ما كان عليه في سنة ١٩٠٤ .

وتحس اللجنة أن العبء الاقتصادي للمسنين في بعض الدول سيكون مشكلة خطيرة في القريب وإن كانت نسبة المعولين إذا حاولنا فصلها عن فئة العاملين أى من هم في فئة العمر ما بين ١٥ - ٦٥ لن تتغير كثيراً في البلاد القديمة ، فضلاً عن أن كثيراً من المسنين لا زالت لهم القدرة على الانتاج .

غير أن اللجنة ترى أن هناك احتمالاً كبيراً في أن يزداد عدد المرضى بأمراض عقلية وجسدية مما سوف يزيد من العبء على الخدمات الصحية . فزيادة عدد المسنين سوف يؤدي إلى زيادة عدد المرضى بأمراض عقلية وجسدية في المجتمع على أنه يجب التحفظ ضد التضخيم من هذه المشكلة .

والمشكلة التي يجب أن تواجهها كل دولة هي ضرورة تخطيط البرامج لتدعيم الصحة العقلية للمسنين وزيادة وعي المجتمع بحاجاتهم وإمكانياتهم .

الصحة العقلية للمسنين في ضوء التغير الثقافي :

كثيراً ما يقال أن العبء الذي تتحمله المستشفيات ومؤسسات الرعاية الاجتماعية من انفاقها على المسنين وإيوائهم يعود إلى تفكك الرابطة الأسرية وانطفاء جذوة الحب عند الأبناء والاحفاد . غير أن البحوث الاجتماعية تبين أن هذا الرأي في حاجة إلى تعديل . إذ بينت الدراسات الدقيقة أن حب الأبناء لآبائهم لازال موجوداً ومستمراً ، وأن غالبية المسنين لازالوا على اتصال منتظم بأبنائهم وأقاربهم وأصدقاءهم . حقا إن التصنيع والتحضر يؤديان إلى الحراك الجغرافي والاجتماعي وهذا بدوره يؤدي إلى أن تقطع صلة نسبة من المسنين بالناس خاصة في المدن الكبيرة ، غير أن هذه النسبة صغيرة إذ تقدر من حوالى

١٠٪ إلى حوالي ٢٠٪ من المسنين . ومع ذلك فإن النسبة التي تعادل ما بين ٢٪ و ٤٪ من المسنين المودعين بالمستشفيات أو ترعاهم هيئات إجتماعية في احسن الدول تقدما تعتبر عبئا على ميزانياتها، كما أن هناك عددا من المسنين يعيش في المجتمع ويمثل عبئا ثقيلا على الأهل والأقارب والأصدقاء . فإذا اضطرب تكيف عدد كبير من هؤلاء فإن عبثهم يقع على مؤسسات الرعاية الاجتماعية والخدمات الطبية .

ولعل أحسن دليل على أثر الحرمان من ذوى القربى والصحبة الانسانية الأرقام التي قدمها تقرير لجنة جويلبود^(١) Guillebaud Committee عن الأوضاع في إنجلترا وويلز . إذ تقول الأرقام أن ثلثي الأسرة في المستشفيات العامة ومستشفيات الأمراض العقلية هناك يشغلها المطلقون والعزاب عن هم في سن ٦٥ فما فوقها . وتصل نسبة العزاب أى الذين لم يتزوجوا أبداً إلى ١٢,٦٪ من مجموع من هم في عمر ٦٥ سنة فأكثر ويقدمون ما يقرب من ٥٥,٤٪ من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية .

وفي جذور مشاكل المسنين يوجد عدد من المظاهر الاجتماعية . ففي بعض البلدان الصناعية فقد المسنون مركزهم وأعطى الاهتمام لبعض خصائص الشباب . وقد يشجع ذلك على زيادة الشعور بالعزلة لدى المسنين . غير أن العوامل الاجتماعية التي أدت إلى هذا ، قد أدت عفوا إلى وجود مجتمعات لا يوجد فيها مسنون وأخرى مكونة من المسنين . أى وجدت لدينا مجتمعات لا يتوافر فيها التوازن بين فئات

(١) Great Britain, Commttee of Enquiry into the Cost of the National Health Servtce (1965) Report,London.

العمر المختلفة . وجدير بالذكر أن المجتمعات التي يغلب فيها عنصر الشباب يوجد فيها جيل من الأمهات الشابات المحرومات من خبرات أمهاتهن ، كما انهن نتيجة لقيامهن بدور الامومة لا يشاركن في نشاط المجتمع وبالتالي يوجد ما يدل على انهن يعانين من مشكلات في الصحة العقلية . وتعتقد لجنة خبراء الصحة العقلية أن الخبرة التي ينقلها الكبار إلى الصغار تعتبر ميراثا اجتماعيا لا يعوض ، وأن المسنين المتكيفون اجتماعيا لا يمكن الاستغناء عنهم ووجودهم ضروري في المجتمع .

مدى تواتر الامراض العقلية بين المسنين :

بينت البحوث المسحية أن أقلية لها وزنها من بين المسنين تعاني من الفقدان والمزلة وأنواع مختلفة من المرض العقلي . أما مدى ذلك فلم يتم قياسه بدقة ، وكل ما لدينا لا يعدو أن يكون مجرد انطباعات . غير أنه يمكن الاستدلال على حجم المشكلة بأرقام الایداع في المستشفيات وإحصائيات الانتحار .

فإحصائيات المعهد القوي للصحة العقلية بالولايات المتحدة الأمريكية تبين أن أشكال الامراض العقلية المختلفة في فئات العمر المختلفة في كل مائة ألف نسمة ١٠٠٠٠٠٠ تتوزع بمعدل ٢,٣ لمن هم تحت سن ١٥ سنة ، و ٧٦,٣ لمن هم في فئة السن ٢٥ - ٢٤ ، و ٩٣ لمن هم في الفئة ٣٥ - ٥٤ ، و ٢٣٦,١ لمن هم في سن ٦٥ سنة فما فوقها . وبلغ عدد المودعين بالمستشفيات في سنة ١٩٥٠ لمن هم في سن ٦٥ فما فوقها تسعة أضعاف ما كان عليه في سنة ١٩٠٤ .

وفي السويد التي لا يزيد تعداد السكان فيها عن ٧ مليون بلغ عدد المسنين المصابين بذهان الشيخوخة ٩٠٠٠ .

وتصل أعلى نسبة للانتحار بين المسنين من الرجال (سن ٧٠ فما فوقها) في بلجيكا وفرنسا وهولندا والبرتغال وإنجلترا وويلز واسكتلندا والولايات المتحدة (البيض) والمانيا وأستراليا وسويسرا وإسبانيا أما بين النساء فتأتي القمة في فئة من العمر أقل بعشر سنوات عن الرجال . وبهذا الشكل أصبح الانتحار أخطر من مرض كمرض السل في نسبة الوفيات .

ولاشك أن الاقبال على الايداع في المستشفيات بزوال المسحة التي كانت عالقة بمستشفيات الأمراض العقلية بزيادة الوعي بما أثر في زيادة عدد المودعين بالمستشفيات إلا أن هذا السبب وحده ليس بكاف لشرح أو تبرير وجود هذه الأعداد في المستشفيات .

وليس من المؤكد ما إذا كانت هناك زيادة فعلية في تواتر الاضطرابات العقلية بين المسنين . واحسن إحصائيات وافيه امتدتا بها السويد . وتبين هذه الاحصائيات أن ذهان الشيخوخة لم يطرأ عليه أي تغير في الخمس والعشرين سنة الماضية ، ولا تعزى زيادة الايداع في المستشفيات إلى زيادة التواتر ، وبينت الدراسات المسحية التي أجريت في بعض البلاد الآسيوية والتي يرتفع فيها معدل الوفيات أن نسبة تواتر هذا المرض تماثل نسبة تواترها في السويد .

وبدأت حديثا بعض أشكال الأمراض العقلية مثل الذهانات الانفعالية ، والاضطرابات الاضطهادية ، والأنواع المختلفة من العصاب بين المسنين تلفت النظر . ومن الممكن القول بأن زيادة معدل الايداع في المستشفيات بهذه الأمراض قد ساعد على زيادة تضخم الأعداد . كما يلاحظ زيادة المودعين من أبناء المدن عن أبناء الريف ولعل هذا يرجع إلى انهيار الظروف التي كانت تؤدي إلى كفالة المسنين في البيئات المحلية .

التغيرات النفسية في الشيخوخة :

لقد بينت البحوث التجريبية أن بعض المهارات وردود الأفعال الحركية تصل إلى قمتها من ناحية الكفاءة في العشرينات من العمر ثم تأخذ بعد ذلك في التدهور تدريجياً وباستمرار . ويبدأ فقدان الحدة البصرية من بعد سن الثلاثين .

وإذا توفر الميل والدافعية مع وجود الوقت فإن تعلم خبرات جديدة يستمر حتى سن الخامسة والأربعين ثم يبدأ التدهور بعد ذلك ويصل إلى قمته فيما بين سن ٦٠ و ٨٠ . وينطبق ذلك على الذكاء . وتصل القدرة على التعميم في مستوى سن الثمانين إلى مستوى قدرة طفل في سن ثمان سنوات ، غير أن تنوع الميول والمثابرة والعادات العقلية الحسنة بالإضافة إلى ما حصله العقل من معلومات من الممكن أن تعوض في الشيخوخة في بعض الحالات الفردية سرعة الإدراك والفهم التي تتميز بها من هم في العشرينات. ويجب أن ندرك أن المسنين أقل ميلاً للنشاط الاجتماعي من الشباب لقلة الطاقة التي لديهم والتي يستطيعون بذلها وفقدانهم الاهتمام بمن حولهم من الناس .

ويتم الشباب المسنين بالتحفظ والبخل والانانية ويرى علماء النفس أن التحفظ إذا نظر إليه على أنه الحكم المتزن للأمور في ضوء الخبرة فإنه يصبح أمراً مرغوباً فيه ليوازن حماس الشباب واندفاعه. وهناك عاملان يسهمان في نزعة المسنين إلى التحفظ هما إبطاء الحياة العقلية مما يؤدي إلى وجود المفارقة بين التفكير الابتكاري والتفكير القائم على عادات فكرية ثابتة والعامل الثاني هو التفكير في الموت وهذا أمر طبيعي نتيجة لتقدم السن . أما عن البخل والانانية

فيرتبطان بالتحفظ والحاجة إلى الشعور بالأمن في ضوء العجز الجسدي والحاجة
لحب من أضفوا عليهم الحب من ناحيتهم في يوم من الأيام ، لذا كثيراً ما تبدو
مطالبهم غير معقولة وطفلية .

والواقع أن كل أنسجة الجسم ووظائفه بدون إستثناء يطرأ عليها التدهور
بعد وصولها إلى قمة الكفاءة في العشرينات . ويبدو ذلك جلياً في النقص الذي
يعتري حدة السمع والبصر ، والتغير الذي يطرأ على العظام والجلد والضعف الذي
يعتري العضلات . وبين التشریح بعد الوفاة أن المخ والجهاز العصبي يطرأ عليها
تغيرات في جزء أو آخر ويصاحب هذا التغير تصلب شرايين المخ ولازناً
لا نعرف حتى اليوم ما إذا كانت التغيرات التي تطرأ على شرايين المخ أمراً عادياً أو أنه
يحدث نتيجة لأسباب مرضية أو عدوى . ومهما يكن السبب فإن هذا التغير يؤثر
في التكامل النفسي للبرء . ويمكن تفسير الضعف الذي يطرأ على الذاكرة وعلى
الشخص في ضوء التغيرات العضوية . ويمكن تشبيه الرجل المسن بأنه كائن حي
محطم يحاول إستغلال الأجزاء الوظيفية المتبقية عنده بقدر الإمكان .

العوامل التي تؤدي إلى اضطراب المسنين :

تلخص لجنة خبراء الصحة العقلية (١٩٥٩) هذه العوامل فيما يلي .

١ - العوامل الاجتماعية الاقتصادية .

ويدخل في هذه العوامل تغير الظروف الاقتصادية للمسنين نتيجة للعجز عن
العمل والحياة على موارد مالية محدودة كالمعاش مثلاً أو ماتم توفيره في سني
النشاط . ويصبح المورد الاقتصادي مشكلة لأولئك الذين ليس لهم مورد ثابت
للمتطلبات الأساسية .

والعامل الثاني هو الاستبعاد . فبعد أن كان الفرد قادراً على العمل والانتاج أصبح عاجزاً وغير مرغوب فيه . وعلى الرغم من أن كثيراً من المسنين لديهم القدرة على العمل والانتاج إلا أن الفرص المفتوحة أمامهم لاستغلال هذه الطاقة محدودة . فيشعر الفرد بأنه غير مرغوب فيه ، وأنه لافاعلية له .

والعامل الثالث هو العزلة . فالمسنون يتفرق عنهم الأبناء بعد أن كانوا في حاجة إليهم وهذا نتيجة طبيعية لنضج الأبناء واستقلالهم الاقتصادي والعاطفي فتضرب عليهم الوحدة بظلمتها في الوقت الذي يشعرون فيه بالحاجة للغير وإلى الحب والعطف .

٢- العوامل النفسية والرضية.

وتقسم هذه العوامل إلى عوامل في باكورة العمر وعوامل في السن المتأخر . وهناك رأى يؤكد أن الانحرافات العقلية التي تبدو على بعض المسنين ليست إلا صورة مكبرة لخصائص الشخصية والنزعات المزاجية التي كانت تميز الشخص في شبابه . كما يمكن فهم كثير من التغيرات التي تعترى بعض المسنين باستعراض تاريخ حياتهم ومعرفة نمط الحياة الذي عاشوه وأنواع المصائب الجسدية والنفسية التي تعرضوا لها وكيف تغلبوا عليها .

٣ - العوامل الجسدية .

ويدخل في هذه العوامل العوامل الوراثية ، وتغيرات الشيخوخة التي سبق ذكرها ، والأمراض الجسدية التي تعرض لها المرء والحوادث وما إلى ذلك .

الأمراض العقلية في الشيخوخة :

لعل أهم الأمراض التي يتعرض لها المسنون مرضان ينتجان عن التدهور

الفسولوجى والنكوص النفسى وهما ذهان الشيخوخة وتصلب شرايين القشرة المخية . وذهان الشيخوخة مرض يبدو فى شكل تدهور حاد يبدو فيه المريض عاجزا عن العناية بنفسه فاقد الوعى والادراك لاختلاط عقله .

أما فى حالة تصلب شرايين القشرة المخية فإن التدهور يظهر فجأة . ويؤدى تصلب الشرايين إلى التدخل فى تغذية القشرة إما لانفجار بسيط فى الأوعية الدموية أو انسدادها أو حدوث تسمم فيها ، وتختلف مظاهر التدهور فى هذين المرضين من فرد لفرد .

ويمثل ذهان الشيخوخة آخر مرحلة للتدهور النفسى الذى يصاحب التدهور الفسيولوجى . وفيه يعجز المريض عن إدراك ما حوله إنراكا صحيحا . وفى الحديث يكرر المريض كلامه ويحشوه بتفصيلات كثيرة لا أهمية لها ، ويبدو تشويش الذاكرة واضحا وينزع المريض إلى التلفيق والتزييف لملأ الثغرات . وهذا التلفيق والتزييف لا يتم عن عمد إنما هو نتيجة طبيعية للاضطراب والانهمار الذى اجتاحت الحياة العقلية . كذلك يفقد المريض ذاكرته وينسى كلا من الأحداث المباشرة والأحداث القديمة على الرغم من أن تذكر الأحداث الماضية يكون أقوى من تذكر الأحداث المباشرة . وتكون أحكام هؤلاء المرضى غير سليمة ، ويعجزون عن إدراك ظروفهم الجسدية والعقلية ، ويبدو إضطرابهم العقلى أيضا فى الأوهام التى يعبرون عنها ، ولا يتحملون أى تغيير فى الروتين اليومى لحياتهم .

وتختلف الصورة عند المرضى بتصلب شرايين القشرة عن هذه الصورة فى أن البداية تكون فجأة مصحوبة بالصداع وعدم النوم والاضطراب العقلى .

والحكم عند هؤلاء المرضى يكون أحسن من الحكم عند المصابين بذهان الشيخوخة وتستمر لديهم البصيرة فترة على الرغم من أنهم يفقدونها تدريجيا . ويصاب المرضى بالاكنتاب وعدم الاستقرار الانفعالي فيضحكون أو يبكون بسهولة ويعجزون عن اتخاذ أى قرار ويشعرون بعدم الاستقرار والاجهاد السريع ويصابون بالنسيان . وقد تمر بالمرضى فترات يبدو فيها وكأنه شفى تماما من مرضه .

الباب الثامن

الانحرافات السلوكية

الجريمة ، وإنحراف الأحداث ، والشذوذ الجنسي

وإدمان المخر والمخدرات ، والإنتحار

الفصل الثامن عشر

الجريمة والانحراف *

لمحة تاريخية

١ - طبيعة الانسان ام للمجتمع :

تناول الفلاسفة والعلماء من أقدم العصور تفسير الجريمة كظاهرة إجتماعية تدخل في نطاق محاولتهم للإجابة عن سؤالين : كيف يسلك الناس في مواقف معينة ؟ ولماذا ؟ وانقسمت الآراء في ذلك منذ القدم إلى قسمين . قسم يعزو الأصل في السلوك إلى المجتمع وقسم يعزوه إلى طبيعة الانسان .

وأعطى لنا الفلاسفة اليونانيون هاتين النظريتين المتعارضتين عن الأصل في سلوك الانسان ، وتعزى إحداهما إلى أفلاطون بينما تعزى الثانية إلى أرسطو .

فأفلاطون كان مثاليا حاول إنقاذ اليونان وثقافتها من الانهيار فحاول تقديم نظام إجتماعي لتحقيق هذا الهدف لذلك تكلم عن أسباب السلوك ، وفي رأيه أن الناس تسلك كما تسلك لأنهم تعلموا ذلك من ثقافتهم ، إذ يولد الناس ولديهم القدرة على تعلم طرق السلوك التي يدرّبهم عليها المجتمع . ويمكن تحويل الإنسان إلى كائن إجتماعي بالعملية التي نسميها الآن بالتنشئة الإجتماعية وهي عملية تبدأ عند الولادة وتنتهي بالموت وتشمل كل التوجيهات التي لاكتسبها الفرد من حوله . وبهذا يتوقف سلوك الفرد على المجتمع . والجريمة في رأيه لا ترجع إلى سبب طبيعي في الإنسان بل إلى أسباب مكتسبة . وهو يفرق بين مجرم يقوم بعمله بالإرادة ومجرم يقوم بعمله دون إرادة ،

أما أرسطو فقد فسر سلوك الانسان برأى قلب فيه الاوضاع الموجودة في رأى إفلاطون إذ يرى أن المجتمع يتوقف على طبيعة الفرد إذ يولد الانسان بفرائز تسيره ولا يمكن تبعاً لذلك تغيير طبيعة الفرد ولا يمكن بالتالى تغيير المجتمع . وقد أدى إلى هذا الرأى ما وجدته من نظراته السطحية من تشابه الناس في المدن اليونانية المختلفة ومن توحد طريقتهم في أسلوب حياتهم وتشابه أنماط حياتهم . وطبقاً لهذا الرأى يوجد المجرم الشرير بالسليقة الذى لا يمكن إصلاحه . وكان يرى أن في الافراد خصائص جسمانية معينة كالشعر ولون البشرة وطول القامة وما إليها تدل على سماتهم الخلقية التى يمكن منها التنبؤ بأخلاقهم .

ويقول سقوان (١) إنه كان بهذا الرأى مهداً لأصحاب علم الانثروبولوجيا الجنائية والمدرسة الايطالية لعلم الاجتماع الاجرامى .

٢ - مبدأ اللذة والالم .

كثيراً ما يحدث في فترات التغيير الاجتماعى والانقلابات والانحلال الاجتماعى أن تقوم الدعوة بأن هذا أمر طبيعى لا مفر منه وأن العلاج لذلك هو العودة إلى القديم . وكانت إجابة سقراط على ذلك أن ما يفعله الانسان يفعله لمبدأ اللذة وما يتجنبه إنما ليتجنب الالم . وهذا هو مبدأ اللذة والالم الذى ساد ونجد له من الاتباع من يؤمنون به حتى وقتنا الحالى . ومن رأيه أن هذا يتم بحكم طبيعة الانسان وهكذا عزا لطبيعة الانسان ما يقوم به الانسان من سلوك ووقع في نفس الخطأ الذى وقع فيه أرسطو .

وفي أوائل العصر الرومانى وقبل ظهور المسيحية ظهر تفسير قانونى للسلوك مبنى على اللذة والالم اليسوانى . وخلاصته أنه يمكن تغيير المجتمع عن طريق

(١) حسن شعاته : علم الجريمة .

القانون بالثواب والعقاب ما دام الناس لن يفعلوا إلا ما يجلب الله ، والجريمة سبيل للوصول إلى الله . إذ يسمى المجرم للذته على حساب المجتمع ووظيفة القانون إقامة العقوبة التي تجعل المكسب الذي يصل المجرم اليه بجريمته غير مجز ، لذلك يجب ألا تكون العقوبة أقل من المكسب الذي يعود على مقترف الذنب إذ يجب أن تزيد ولكن ليس إلى حد الظلم .

٣ - مبدأ الإرادة الحرة :

اعتبر أرسطو دوافع السلوك ومكونات المجتمع بالتالي هي « الطبيعة » . أبدل علماء الدين في العصور الوسطى مفهوم « الطبيعة » بمفهوم « الله » بيد أن هذا أدى إلى محاولة تفسير لماذا يقوم بعض الناس بالأفعال الشريرة التي لا يمكن أن يكون مرجعها الله . لم يتعرض أرسطو لهذه الناحية . غير أن علماء الدين أو جدوا تفسيراً لذلك بخلق « الشيطان » الذي يغري الناس ببعض الثواب المؤقت ليحيدوا عن الطريق الذي يريده الله ، وللناس حرية الخيار التي أعطاهم الله ليتخذوا أى الطريقين ، إما طريق الشيطان أو طريق الله . وتعرف هذه النظرية بنظرية الإرادة الحرة . وقد أكدت هذه النظرية رأياً قديماً ظل سائداً إلى عهد قريب . ويشرح السلوك المنحرف وهي نظرية إستحواذ الشيطان على الفرد . غير أن هذه النظرية لا تعنى الإنسان من شعوره بأن هناك قوة تسيطر عليه دون إرادته ، بل إنها تقسم هذه القوة إلى شطرين وتدع الإنسان ليختار بينها . وهكذا نجد أن الإنسان في هذه النظرية مقيد بمقدار ما هو مقيد في نظرية أرسطو بالطبيعة أو بالفرائض . غير أن الإنسان يواجه هنا عالين عالم الله وعالم الشيطان وكل من المجتمعين تسيره قوه خارجة عن إرادته الإنسان . والإنسان بذلك ليس مخيراً كما توحي بذلك هذه النظرية فالمجتمع مصنوع له .

لقد أثرت هذه النظرية الدينية في العقوبة وواكبت مبدأ اللذة والالم وطبقت في العصور الوسطى المحاكمات لعقاب المجرم ولجعله عظة للغير . وكثيراً ما كانت العقوبة تقرر ويترك لله أمر إنقاذ المحكوم عليه إن كان بريئاً . إذ كان المحكوم عليه يرى مثلاً في الماء المغلي ، فإذا كان الله بجانبه فسيتقذ ، أما إذا كان العكس فستتاله العقوبة .

يقوم كل من مبدأ اللذة والالم وببدأ الارادة الحرة على سيكولوجية الارادة وظل لهنين المبدآن صداهما حتى القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين حيث نجد أثرهما في آراء المدرسة المعروفة بالمدرسة الكلاسيكية في علم الجريمة ومن زعمائهما بكاريا Baccaria (١٨١٩) إذ كان يرى أن اللذة والالم هما مصدر أفعال الانسان وأن الجريمة ضرر لاحق للجتمع . ويجب أن يعاقب المجرم عقاباً يوازي الجرم الذي وقع منه ، فالجريمة ضد الممتلكات تعاقب بالغرامات وله الفضل في مهاجمة العقوبة بالاعدام ومهاجمة التعذيب والمحاكمات غير العادلة واتهمه القضاة المعاصرون بأنه حامي حامي اللصوص والقتلة .

٤ - النظرية الايجابية :

يمكننا إرجاع بداية البحث عن الاصول النفسية للجريمة أو علم النفس الجنائي إلى المدرسة الايجابية التي يتزعمها سيزار لمبروزو . إذ تمسك لمبروزو وأتباعه بأن علاج السلوك الإجرامي يجب أن يقوم على أساس فهم سيكولوجية المتهم . فطبيعة المجرم هي التي يجب أن توضع في الاعتبار لا طبيعة الجريمة التي تم إقترافها : وقد حاول لمبروزو تأكيد أهمية السببية في السلوك الإجرامي غير أنه كان يرى أن الجريمة « ظاهرة طبيعية ضرورية » كالولادة والموت والحمل . ومن رأى لمبروزو أن المجرم بالولادة هو النوع السائد بين المجرمين ، وفي رأيه أنه

يمكن التعرف على مثل هذا المجرم من خصائص جسمانية كالوجه غير المتناسق ، والآذان الكبيرة أو الصغيرة جداً بشكل ملحوظ، والجهة المنخفضة، والحواجب البارزة ، والذقن العريضة ، وعظام الفك البارزة . والصورة التي يصفها لمبروزو تقرب من الصورة الحيوانية . ولما كان لمبروزو قد تأثرت آراؤه بنظرية التطور فقد اعتبر هذه الصفات موروثية عن الأجداد .

وكما اعتبر لمبروزو الصفات الجسمانية متوارثة ، فقد اعتبر أيضا الصفات السيكولوجية والفسولوجية متوارثة أيضا . ومن هذه الصفات القدرة على مقاومة الألم ، وحدة الإبصار، والقدرة السريعة على الشفاء من الجروح، والتشابه الكبير بين الجنسين ، والكسل ، وعدم الشعور بالعار أو الشرف أو الندم أو الشفقة ، والاستهتار ، وسرعة الاستثارة والميل للمقامرة ومعاقره الخمر ، والغرور مع وجود فكره خاصه عن الله .

وقد كان لولمبروزو يرى أن هناك منطقة مشتركة بين الاجرام والصرع الذي اعتبره سببا هاما من أسباب الجريمة .

وعلى الرغم من أن لو مبروزو وصف أنماطا أخرى للمجرمين ، وعلى الرغم من أنه أعطى أسبابا عديدة للجريمة ، غير أن إهتمامه كان دائما بالأسباب الفسيولوجية، وفي رأيه أن الأسباب العضوية تتدخل في أسباب السلوك الاجرامى بنسبة ٣٥ أو ٤٥ ٪ .

وتقسم معظم نظريات القرن ١٩ وأوائل القرن العشرين بأعطائها أهمية كبيرة لعامل الوراثة . فجورنج نفسه ١٩١٣ الذى قام بدراسة إحصائية مقارنة فيها المجرمين بالسويين في الصفات الجسمانية ليثبت فساد نظرية لمبروزو كان يعتقد أن الجريمة حصيلة للوراثة

ويعتبر داج ديل ١٨٧٧ من أشهر من نادى بنظرية الوراثة كسبب للجريمة إذ قام بتتبع أفراد عائلة الجوكس لسبعة أجيال فوجد أن هذه العائلة خرجت ٢٠٠ لصاً، ٢٨٠ شحاذاً، ٩٠ عاهرة . وعلى الرغم من أنه أعطى بعض الاعتبار للبيئة التي عاشت فيها هذه الأسر غير أن العوامل البيئية في نظره كان لها دور ثانوى .

وكان جودارد (١٩١٤) من دراسته لعائلة الكاليكاك يرى أن الجريمة تعزى إلى الضعف العقلى الوراثى .

غير أن الوراثة لا تؤثر فى السلوك بطريق مباشر ولكن عن طريق التكوينات الجسمية وأهم التكوينات الجسمية التى تؤثر فى السلوك الجهاز العصبي المركزى ، والجهاز العصبي اللاوتونومى والغدد والعضلات . وتوجد بعض النظريات المعاصرة التى تحاول الربط بين السلوك الاجرامى ووظائف هذه السكوينات .

معارضه نظريات الوراثة :

لم تذهب النظريات السابقة دون تحد . فقد أدى إزدياد التجارة والعلاقات الخارجية إلى التعرف على مجتمعات أخرى فترى مونتسكيو فى أوائل القرن ١٨ يقدم نظرية لها أهمية نظرية إفلاطون . ففى رأيه أن السلوك الحسن والسلوك الردىء مرتبط بالجماعة التى تمارس هذا السلوك ، فقد وجد أن ما هو مقبول فى مراکش والجزائر قد يبدو قبيحاً وغير مقبول فى فرنسا وإنجلترا . وعزا هذا الاختلاف بين الجماعات إلى المناخ . وعلى أساسه أخذ يفسر نظام الأسرة وما إليها . وفى رأيه أنه إذا أراد الانسان التغير فما عليه إلا أن يغير المناخ الذى يعيش فيه . ومع ما لاهية إكتشاف مونتسكيو فى العلوم الاجتماعية من حيث

فتح الطريق لدراسة الحقائق الاجتماعية والتخلي عن الأفكار السابقة غير أنه فسر السلوك بأثر عامل واحد وهو المناخ .

وعارض تارد وهو قاض فرنسي نظريات الوراثة فقصد وجد أن الناس لا يتأثرون بالمنطق . والجريمة في الإنسان ليس مصدرها طبيعة الإنسان . ولكن مصدرها المجتمع . فنادى بأن السلوك الاجتماعي معد وأنه ينتشر من فرد إلى فرد عن طريق العملية التي تسمى بالتقليد ، وأن الناس بطبيعتهم لديهم القابلية للإيحاء وأنهم يفعلون ما يفعله الغير . فالجرم ما هو إلا فرد حدث أن نشأ بين المجرمين فقلدهم في أعمالهم . ونظراً لأنه عاصر ثورتين وجد أن الناس يثورون بحكم التقليد ونظريته تصف السلوك ولا تفسر أسبابه .

لقد انتقد تارد نظرية لو مبروزو إنقاداً مرأ . وفي مقال للدكتور سيد بدوى (١) عن القانون والجريمة والعقوبة في التفكير الاجتماعي الفرنسي عرض بالتفصيل انتقادات تارد لنظرية لمبروزو والتي تشير إلى بعضها إقتباساً من هذا المقال :

١ - من الناحية التشريعية أو من ناحية التكوين الجسماني بما أعطاه لمبروزو للمجرم يذكرنا في بعض سماته بالبدائي أو بالمتوحش أو بمن لم يتألوا من المدنية إلا حظاً ضئيلاً ، وهذا التشابه على فرض وجوده لا يفسر لنا سبب إجرامه وذلك لأن البدائية ليست بتاتا مرادفاً للجرام .

٢ - من الناحية الوظيفية يميل لمبروزو إلى النظر إلى المجرم على أنه يمثل نوعاً من الجنون وأنه عرضة لأمراض القلب واضطرابات الإبصار كعمى الألوان ،

(١) سيد بدوى : القانون والجريمة والعقوبة في التفكير الاجتماعي الفرنسي — المجلة الجنائية القومية — المجلد الثامن — مارس ١٩٦٥ .

كما أنه يتميز بضعف الاحساس ، وبقوة الاحتمال للآلم والبرد . ويرى تادر أنه لا توجد فائدة عملية لمعرفة كل هذه التفاصيل بالنسبة للقائمين على شئون التحقيقات. فإذا فرضنا أن كل هذه الصفات تجمعت في فرد ما لدرجة يصح معها أن نعتبره نموذجا كاملا للمجرم فهل يكفي هذا لكي نعطي لأنفسنا الحق لاتهامه بارتكاب جريمة تكون قد وقعت في الحى الذى يقطن فيه ؟

٣ - من ناحية الصفات السيكولوجية التى عددها لمبروزو عن المجرم يرى تادر أن ضعف إحساس المجرم وموت عاطفته لا يرجع إلى أنه مجرم بل لأن المجرمين عادة من طبقات الشعب الجاهلة ذات الحظ الضئيل من الثقافة. وقد لوحظت عند هذه الطبقات ظاهرة احتمال الآلم وعدم التأثير..... وإذا كان المجرم كما يقول لمبروزو ضعيف الاحساس بالبرد فإنه شديد الحساسية للسخن الكهربائى وللتقلبات الجوية. وهو إذا كان شديد الاحتمال للآلم إلا أنه شديد التأثير بتوقع الخطر فيخيفه مثلا رؤية الخنجر مصوبا اليه أو إعلانه باقتراب ساعة إستجوابه .

٤ - ولقد تعرض لمبروزو للمقارنة بين الجنون والجريمة فيبين أن المجرم يولد مجرما أما المجنون فيكتسب جنونه والفرق يمكن تشبيهه بين الخطيب بالسليقة والمعتمد على كتب الخطابة .

ولم يوافق تادر على هذه التفرقة. فالاجرام والجنون فى نظره كلاهما يكتسب. وهو لا ينكر أن الجنون يرتبط بحالات فسيولوجية عصبية، ولكن ذلك لا يمنع إرتباطه بكثير من المؤثرات الاجتماعية ذات الطابع الخاص . والمجرم فى نظر تادر ليس مجنونا وليس نموذجا متخلفا من المتوحش البدائى. وفى رأيه أن دراسة ظاهرة الجريمة لا بد أن تتم فى ضوء المهج الاجتماعى وذلك بالرجوع إلى آثار البيئة والحياة الاجتماعية والنظم السائدة فى تحديد معنى الجريمة ومدى إنتشارها

في الأوساط المختلفة . وهو يرى أن الجريمة مهنة إجتماعية في ييشات إجتماعية خاصة على أن يكون المفهوم من كلمة « جريمة » الجريمة التي تتكرر لا مجرد حادث يقع ظروف طارئة .

بعض النظريات البيولوجية والجسمانية في تفسير الجريمة

١ - الجهاز العصبي :

إن الوراثة لا تؤثر في السلوك بطريق مباشر ولكن عن طريق التكوينات الجسمانية . ومن أهم هذه التكوينات الجهاز العصبي المركزي ، والجهاز العصبي اللاشعوري ، والغدد الصماء . لقد كانت هناك محاولات عدة لتفسير السلوك الاجرامى بالربط بينه وبين وظائف معينة لهذه التكوينات عند بعض الأفراد . وعلى الرغم من وجود العلاقة الوثيقة بين هذه التكوينات ومظاهر السلوك ، غير أن كثيراً من النظريات التي تفسر السلوك الاجرامى على أساس وظائف هذه التكوينات تثير تشكك العلماء ولا يقيم لها الكثيرون اعتباراً . وهناك نظرية لفريمان حاول فيها بيان العلاقة بين نشاط الجهاز العصبي اللاشعوري والسمات المزاجية .

نظرية فريمان (١٩٤٨) :

لقد قسم فريمان الناس من الناحية المزاجية طبقاً لدرجاتهم على متغيرات ثلاثة هي : ١ - استثارة الدوافع ٢ - تفريغ الضبط ٣ - القدرة على التمييز . وتتوقف استثارة الدوافع على إدراك المنبهات ذات الدلالة ، بينما يتضمن الضبط تقدير عواقب الفعل الذي يقوم به الفرد ، بينما يتوقف العامل الثالث على استخدام الفرد للمعلومات التي لديه عن البيئة .

ويعنى هذا أنه من الممكن أن يكون هناك من الناس من تستثار دوافعهم بقوة مع ضعف الضبط عندهم وهؤلاء قد يقترفون الجرائم ويكون تكيفهم سيئاً كالسيكوباتيين بينما يكون هناك من الأفراد من لا تستثار دوافعهم بسهولة ، ويكون الضبط لديهم قوياً وهؤلاء يكون طموحهم محدوداً ويخشون المحاولات الجديدة ، وقد ينتهى بهم الأمر إلى المستشفيات العقلية كأفراد تقصم الكفاية. أما الشخص الذى تكون درجته مرتفعة على كل من الاستثارة والضبط فقد يودى به ذلك إلى النجاح وسيبذل النشاط فى الوقت المناسب للعمل المناسب .

ويبدو أن نظرية فريمان تقوم على إيجاد التوازن بين الجهاز السمبثاوى والجهاز الباراسمبثاوى وأولهما وظيفته الاستثارة بينما وظيفة الثانى التهدئة . وهناك من الأفراد من يسود لديهم نشاط الجهاز السمبثاوى بينما هناك من يسود لديهم النشاط الباراسمبثاوى ويوحى هذا بأن المتحرفين والمجرمين يسود لديهم نشاط السمبثاوى على نشاط الباراسمبثاوى .

فرض الطاقة الجسمانية :

يرتبط الجهاز العصبى الأتونومى بالانفعالات والنواحي المزاجية للشخصية . وقد بينت الدراسات أن الأحداث المتحرفين على سبيل المثال يختلفون عن الأسوياء فى المزاج والنواحي الانفعالية . إذ يتميز المتحرقون بأن دوافعهم أقوى ، وإنفعالاتهم أهد خاصة فى النواحي العصبية والعدوانية . وقد أدى هذا إلى افتراض أن المتحرفين بالوراثة أكثر نشاطاً وحيوية وبالتالي يتعرضون لإحباط بدرجة أكبر مما يودى إلى زيادة عدوانيتهم . ومن أشهر من نادوا بهذا الرأى شلدون . ولشلدون تكتيك خاص لتقسيم الأفراد إلى أنماط جسمانية . وتطبيق هذا التكتيك على مائتى شاب فى إحدى مؤسسات الأيداع وجد أن معظم المتحرفين

من النمط الذى يتميز بالقوة العضلية والجسمانية. ويتميز الافراد من هذا النمط فى رأى شلدون (١٩٤٢) بالنشاط الزائد والحيوية والعنف والاستجابة الحادة للاجباط . ونظراً لعنفهم فهم يستجيبون للاجباط بالعدوان ، ونظراً لقوتهم فهم ينجحون فى الممارك . ولما كان المراك والاعتداء على الممتلكات مما يعتبر سلوكاً منحرفاً فان هذا النمط يحكم تكوينه يتعرض للمشاكل .

٢ - الغدد الصماء :

من بين أولئك الذين غالوا فى أهمية الغدد الصماء لويس برمان Berman فى كتابين له ظهرا فى سنة ١٩٣٨ وسنة ١٩٣٨ أعطى لنشاط هذه الغدد من الأهمية ما لم يمكن تصوره . إذ ادعى دون بيان الدليل أن المرضى بالعصاب ، والذهان ، وضفاف العقول والمجرمين ضحايا لاضطراب نشاط فى الغدد الصماء وأنه يمكن علاج كل هذه الحالات بإعادة الاتزان إلى نشاط الغدد . ويرى أنه يمكن التحكم فى عملية النضج وتكوين الشخصية بالتحكم طبيياً فى نشاط الغدد . ويعلق هوسكينز HosKins (١٩٤١) على ذلك بقوله : قبل إعادة صياغة علم النفس وعلم الاجتماع وعلم الاجرام صياغة مقننة كظواهر خاصة من مظاهر وظايف الغدد تبدو الحاجة ماسة للكثير من الحقائق التى نفتقر إليها حالياً ،

لقد اتخذت الدراسات التى تحاول بيان أثر نشاط الغدد على الشخصية أشكالاً مختلفة : فى البداية كانت الدراسات تقوم على الملاحظات الاكلينيكية لأولئك الذين يعانون من اضطراب فى نشاط الغدد لأسباب طبية وملاحظة التغيرات التى تطرأ عليهم . وحديثاً تقوم الدراسات على التطعيم بخلاصة هرمونات معينة وبيان أثرها . كما تستأصل الغدد من الحيوانات دون ما حاجة مرضية لذلك . وهكذا

يتم التوصل حاليا إلى معلومات مستفيضة عن الغدد ووظائفها . غير أن هذه المعلومات كلها لم تعطينا معلومات قاطعة عن أثر الغدد على الشخصية بل زادت الصورة تعقيدا ، ويعلق كلجهورن (١٩٥٢) على ذلك بقوله : إتنا لازلنا عاجزين عن فصل أثر التغيرات التي تحدث في البيئة الكيميائية الداخلية عن عوامل الوراثة وعن الخبرات المكتسبة السابقة ، لهذا فإن المعلومات التي لدينا حاليا لا زالت غامضة عن علاقات غامضة . والمعلومات الثابتة لا زالت ضحلة .

٣ - الانماط الجسمانية :

توجد محاولات منذ أيام الاغريق لتقسيم الناس إلى أنماط طبية - المظاهر الجسمانية . وقد أشرنا إلى أن أرسطو حدد بعض المظاهر في الوجه والتي يمكن على أساسها معرفة شخصية الفرد كما حاول هيبوقراط تقسيم الناس إلى أنماط تبعا لكيمياء الدم ، وقرر أن هناك رابطة بين هذه الاضطرابات والأمزجة . غير أن الفراسة *Phsiognomy* أي إكتشاف إستعدادات الشخص من ملامح وجهه وجسمه كما ادعى لمبروزو يراها العلماء على أنها لا تقوم على أساس علمي ، ولا ينادى بها إلا الادعياء .

ولعل أشهر نظريات الانماط هما نظرية كرتشمير وشلدون * ولا داعي للنخوض في تفصيل هاتين النظريتين ويمكن القول إن كلا منها حاول الربط بين النمط الجسماني للفرد والنواحي المزاجية .

وبينت هذه الدراسات (١٩٥٠) أن هناك سمات ترتبط بالتكوين الجسماني كما ترتبط بالانحراف ، فالمنحرفون من النمط العفلى ترتفع درجاتهم على سمة تأكيد الذات بينما تنخفض على النزعات الماسوكية (التلاذذ بالآلم) ، كما ترتفع على الاستجابات الحركية

* لدراسة هاتين النظريتين أنظر المرجع في علم النفس أو أسس علم النفس الجنائي للمؤلف .

غير المقيدة وترتفع قليلا على حب التملك ، وتنخفض على التمسك بالعرف والسلوك العملي.

كما أن هناك سمات ترتبط بالانحراف غير أنها لا ترتبط بالنمط الجسماني .
مثل العدوانية ، والشك والاستعداد للإيحاء ، والعند ، والمغامرة .
كما أن المنحرفين أكثر كراهية لمواقف الفحص النفسي والجسماني ، وأكثر استعداداً للانفجار .

وفيما عدا هذه الدراسة لم تبين الدراسات الأخرى علاقة قاطعة بين الأنماط الجسمانية والشخصية . ففي دراسة قام بها تشايلد Child (١٩٥٠) وهذه الدراسة تقتبس أحيانا لتأكيد صحة نظرية شلدون كانت معاملات الارتباط بين الأنماط الجسمانية والسمات المزاجية منخفضة جدا عن تلك التي ساقها شلدون . لذلك لا يمكننا إلا القول أن نتائج هذه الدراسة لا تؤكد نتائج شلدون إلا في مستوى ضعيف .

غير أن دراسة دافيدسون وزملائه (١٩٥٧) على الأطفال الانجليز تعطي بعض التأكيد لنظرية شلدون . إذ يتال دائما أن نظريته لا يمكن تطبيقها على الأطفال غير أن دراسة دافيدسون قد درأت حول ١٠٠ طفل في سن السابعة . حاول الباحثون فيها إيجاد معاملات الارتباط بين الأنماط الجسمانية كما يحددها شلدون وتقديرات الشخصية التي قام بها عدد من الملاحظين . لقد بينت هذه الدراسة أن الأطفال من النمط العضلي يميلون نحو السيطرة بينما الأطفال من النمط السمين والنمط النحيل يميلون نحو الخضوع .

لقد جذبت نظرية شلدون الانتباه في أوروبا حيث تحمس لها كثير من العلماء الأوربيين غير أن شلدون نفسه يحذر من أن التكوين الجسماني وحده لا يمكن

اتخاذ وسيلة للتنبؤ بالإنحراف، إذ أن محاولة التنبؤ بشيء كالأجرام من التكوين
الجسماني وحده يكون كمحاولة التنبؤ بأين تصيب الرصاصة عن طريق وصف
البندقية والرصاصة، في حين أن الأمر يستلزم أيضا تناول عوامل أخرى مثل
الطريقة التي صوبت به البندقية، (١٩٤٩) .

الموقف الحالي في تفسير الجريمة :

إن النادين بالسبب الوراثي أو البيولوجي أو التكويني لم يحتكروا الميدان
فقد قام أنصار البيئة يعززون أسباب الجريمة إلى الظروف البيئية . ومن أوائل
علماء الاجرام الاجتماعي كوتيلت، وكروبتكين . ففي رأى كوتيلت أن البلاد
الجنوبية تتميز بجرائم القتل بينما البلاد الشمالية تتميز بجرائم السرقة ، بينما كان
كروبتكين يقول : أخذ متوسط الحرارة في الشهر وأضربه في ٧ ثم أضف إلى
الناتج متوسط درجة الرطوبة وأضربه في ٢ فتحصل على عدد جرائم القتل في
هذا الشهر .

ومن الواضح أن كل هذه الآراء كانت تهتم بتحديد أنماط للجرمين ، كما
كانت تهتم بالهيبية في السلوك الإجرامي . غير أنها غالبا ما كانت تعزو السلوك
إلى عامل واحد وغالبا ما كان هذا العامل جسمانيا أو بيولوجيا بالاشارة الضعيفة
إلى المجتمع أو العوامل النفسية . فباستثناء أفلاطون كان السلوك يفسر ويعزى
إلى قوى ستاتيكية ليست ديناميكية . فأرسطو عزاها إلى قوة بيولوجية . ولم
ينجو أصحاب مبدأ اللذة والالم من الوقوع في الحتمية . ويعتبر رأيهم في الواقع
شكلا آخر من أشكال الفريزة . أما نظرية الارادة الحرة فقد تركت
الانسان ليختار بين أمرين اجتماعيين كل منهما محدد بقوى خارجة عن إرادة
الإنسان نفسه .

وإن كان رأى مونتسكيو وتارد يتجوان من بعض هذه الانتقادات غير أنها تحاولان تفسير السلوك فى ضوء قوى طبيعية وإن كان هذا لا يصدق تماما على رأى تارد غير أنه إذا كان فى رأيه أنه من الطبيعى أن يقوم الإنسان بتقليد من حوله فكان التقليد عملية أوتوماتيكية وحتمية . وإن كان رأى تارد يتفق ومبادئ علم النفس الحديث إلا أنه مبسط جداً ، فعلاقة الانسان بالمجتمع علاقة معقدة ولا يمكن أن يعزى سلوك الانسان إلى سبب واحد وقوة غير متغيرة كالتقليد .

إن الاتجاه الحالى فى دراسة أسباب الجريمة يقوم على :-

١ - تعدد العوامل وتشابكها وتداخلها وتفاعلها ويكنى أن نعرف أن هيلى فى ١٩١٥ حدد ما يقرب من ١٣٨ عاملاً بينما حدد بيرت ١٧٠ عاملاً . ونرى أن تعدد العوامل يبرزه دراسة مثل دراسة جلوك وجلوك التى سنشير إليها فى الوقت المناسب مع مراعاة التفاعل الذى يتم بين هذه العوامل .

٢ - يقول لابيير وفارنزورث أنه إلى عهد حديث كان الاهتمام النفسى الاجتماعى موجهاً إلى العمليات التى يتم بها اكتساب الفرد خصائصه الاجتماعية خلال خبراته مع الآخرين وقد اكتسبنا الكثير من المعلومات فى هذه الناحية وتجاهلنا المواقف الاجتماعية التى يتعلم فيها الفرد أو يسلك . نتيجة لهذا كان هناك إنباه إلى دراسة عملية التعلم دون الاهتمام بموقف التعلم ، وتناول الفرد دون الاهتمام بالتفاعلات الاجتماعية ، والاتجاه الحالى هو دراسة الفرد فى عملية التفاعل الاجتماعى بينه وبين الموقف .

لذلك تستلزم دراسة الجريمة معرفة طبيعة التفاعل الاجتماعى الذى يمدنا بدور تكوين الشخصية وعوامل ثباتها ، ويتطلب ذلك معرفة السلوك المقبول اجتماعياً فى الثقافة أو معايير السلوك فى المجتمع .

٣ - إذا كنا نبحث عن الأسباب فلن نجد ما إلا إذا توصلنا إلى قوانين عليية تمكنا من التعميم ، وإمكانية تحقيقها أو رفضها . والقوانين السببية تعنى أن هناك عاملا معينا ينتج دائما تغيراً في عامل آخر وليس لدينا حالياً قوانين سببية في تفسيرنا للجريمة ، ولكن لدينا اتجاهات تعميمية ، وهي تمثل بعض الانطباعات التي لوحظت ولكن لا يتوفر فيها كل الظروف والشروط التي يجب توفرها في قانون يستحق التعميم وإن كانت تعتبر مرحلة أولية قد تؤدي بنا إلى تكوين قانون عام ولها فائدتها غير أنه يجب أن تؤخذ بحرص في تفسيرنا للأسباب .

وإذا كانت بعض الدراسات تبين لنا معاملات إرتباط بين الجريمة وبعض العوامل يجب ألا تؤخذ هذه النتائج كقوانين سببية ، إنما هي قوانين عديدة تعبر عن إرتباط بين ظواهر مختلفة في شكل معادلة دون إستخدام مفهوم لسببية .

٤ - تقوم دراسة تفسير الجريمة حالياً في ضوء الأسس البيولوجية النفسية والأسس الاجتماعية النفسية والتحليل النفسى ، إذ أن الاتجاهات الحديثة في تفسير الجريمة مستمدة من هذه الأسس .

السيكوباثية والجريمة

يعزى الفضل إلى بريتشارد (١٨٢٥) طبيب الأمراض العقلية الانجليزي في أنه أول من أشار إلى وجود فئة كبيرة من مشكلات الطب النفسى التي لا تنطبق عليها التشخيصات المألوفة في الطب العقلى في ذلك الوقت ، وابتدع لها مصطلح الجنون الخلقى ، Moral insanity ، وابله الخلقى ، . ووصف بريتشارد هذه الحالة على أنها شكل من أشكال الخلل العقلى تبدو فيه الوظائف الفكرية دون أن

يلحقها أى ضرر، بينما يبدو الاضطراب أساسا أو إطلاقا فى الوجدانيات أو المزاج أو العادات ، وتعرف الحالات التى تعاني من هذا الاضطراب أو تنحط خلقيا بفقدان القدرة على السيطرة على الذات ، والسيطرة على السلوك بما يتفق ومعايير الكرامة واللياقة ، دون فقدان القدرة على التحدث أو المناقشة أو التفكير فى أى موضوع من الموضوعات التى يمكن أن يتطرق إليها الحديث .

وفى عام ١٨٩١ قدم كوش Koch مصطلح الانحطاط السيكوباثى مستخدما إياه لا ليدل على الفئة التى أشار إليها بريتشارد وحدها والمصابة بالجنون الخلقى ولكن ليتضمن أيضا أنواعا من العصاب الهستيرى وعصاب الحواذ . ويبدو فى تعريف كوش ولأول مرة التسليم بوجود عامل وراثى يهيء الفرد للسيكوباثية .

ومنذ أيام كوش يستعمل مصطلح الانحطاط السيكوباثى أو مصطلح مماثل للدلالة على وجود مشكلة محددة أو اضطرابات فى الشخصية لا ينطبق عليها أى تشخيص إكلينيكى من التشخيصات المعروفة .

وفى سنة ١٩٣٠ استعرض بارترديج Partridge ما كتب عن السيكوباثية وأبرز التباين فى الآراء حول هذه الفئة . إذ وجد أن الفئة التى يتم تشخيصها بالسيكوباثية يتنوع الأفراد فيها تنوعا كبيرا ، إذ كثيرا ما يدخل فيها بعض من يعانون من الضعف العقلى ، وبعض من يعانون من عصاب أو ذهان كامن ، كما يتضمن الفئة التى يقترح هو تسميتها بفئة « السيكوباثيين الاجتماعيين » .

وأهم ما يميز هؤلاء هو صعوبة التكيف لمطالب المجتمع . وتمثل وجهة نظر التحليل النفسى فى الشخصية السيكوباثية فى رأى الكسندر (١٩٣٠) إذ تكلم عن « الشخصية ذات الخلق العصائى » وهذا المصطلح فى التحليل

النفسى هو الوصف الذى يطلق فى العادة على ما يسمى بالشخصية السيكوبائية . ويرى الكسندر أن لفظة عصائى يمكن أن تطبق بدقة على الفرد الذى تظهر صعوباته فى شكل نمط مضطرد من السلوك الاجتماعى الذى ينحرف إنحرافا يبتنا عن الأنماط السوية .

وميز بين أربعة أنواع من ردود الافعال المرضية التى تختلف عن بعضها من حيث ديناميكيات التحليل النفسى هي :

١ - العصاب . ٢ - الخلق العصائى . ٣ - الذهان . ٤ - الاجرام الحقيقى . وهذه الفئات مرتبة ترتيبا تازليا تبعا للنقص المضطرد فى قوة الانا على مقاومة الاندفاعات اللاشعورية فالعصائى لديه أكبر قدرة على المقاومة بينما المجرم الحقيقى لديه أقل قدر منها .

ويفسر الكسندر ديناميات الردود الأربعة فيما يلى :

١ - الصراع موجود فى العصاب ، وقد حدث للاندفاعات اللاشعورية إحلال ، وتعتبر هذه الاندفاعات عن نفسها بأشباع بديلة .

٢ - أما فى الخلق العصائى ، فالصراع موجود أيضا ، أما الاندفاعات اللاشعورية فتعتبر عن نفسها بالتنفيذ بالفعل العصائى متوصلة بذلك إلى إشباع حقيقى ولكن متخفيا .

٣ - وفى الذهان لا يوجد صراع ، إذ تتحطم العمليات الدفاعية ، ويتحطم تنظيم الذات ، ويتم إشباع الاندفاعات اللاشعورية بطريقة ليس فيها أى تخفى .

٤ - وفى الاجرام الحقيقى لا يوجد صراع أيضا ، كما تفشل العمليات الدفاعية ،

غير أن انتظام الذات يظل قائماً ، ولا تعدل الاندفاعات اللاشعورية ولا تتقيد .
وإذا صح رأى الكسندر فان سلوك السيكوپاثى يكون عصايا كسلوك ذلك
الذى يشخص عرفيا بالعصابى . بيد أن تقبل رأيه يتوقف على مدى تقبل المرء
لسيكولوجية التحليل النفسى .

الموقف الحالى للتشخيص بالسيكوباثية :

يقول كبرج (١٩٤٦) أن تشخيص أى حالة بالسيكوباثية تشخيص غامض
لا يقوم على دراسة عميقة للحالة ، لذا يجب التخلي عن ذلك تماماً لأن هذا التشخيص
فيه تضليل من الداحية النظرية ، كما أن فائدته العملية محدودة ومعوقة للتفكير
العلمى السليم ، إلا أنه على الرغم من الخلاف بين المتخصصين حول هذا المصطلح
يبدو أن هناك اتفاقاً على السلوك الذى يمكن وصفه بأنه سلوك غير إجتماعى أو
سيكوباثى سواء أكان هذا السلوك راجعاً إلى شخصية تسمى بالشخصية السيكوباثية
أو راجعاً إلى أى مرض آخر . ويعتبر كاربمان (١٩٥١) Karpman من درسوا
هذه المشكلة دراسة واسعة مستفيضة . وفى رأيه أن السيكوباثية مرض خاص
وليس من أنماط الشخصية . وهو يرى أن هناك نوعين من هيا السيكوباثية
الثانوية والسيكوباثية الأولية . أما الثانوية فهي أعراض لأمراض عصابية نفسية
أو أمراض عقلية ، أما الأولية فلا زالت أسسها النفسية غامضة غير معروفة . وتكون
السيكوباثية الثانوية حوالى ٨٥ ٪ من الحالات التى يمكن تشخيصها بذلك ، وهذه
يمكن علاجها بعلاج المرض الاصلى الذى يعانى منه الفرد .

ويلاحظ راين Rabin الملامح الاساسية للشخصية السيكوباثية وكيف تعبر
هذه الملامح عن نفسها فى السلوك اليومي والعلاقات الاجتماعية معتمدأفى ذلك على

كتابات كللى (١٩٥٥) ، و هندرسون (١٩٣٩) ، و برو (١٩٤٤) ، و خبراته
الكلينيكية الخاصة فيما يلى :

١ - فقدان الضمير او عدم كفايته :

لقد استخدم بريتشارد مصطلح « الجنون الخلقى » ، ومصطلح « البله الخلقى » ، وكان
يقصد بذلك الإضطراب الحاد فى القدرة على إصدار الأحكام الخلقية . ولازال
هذا العامل عنصراً فى أى وصف للشخصية السيكوبائية اليوم .

ويوجد مظهران متصلان لمفهوم الضمير المختل ، أو ما يسميه المحللون النفسيون
بالأنا الأعلى ، أولها عدم قدرة السيكوباتى على تطبيق الأحكام الخلقية السائدة فى
مجتمعه على سلوكه ، إذ يغش ، ويكذب ، ويسرق ، ولا يحافظ على الوعد ... الخ .
والمظهر الثانى هو عدم الشعور بالذنب . إذ أن الشعور بالذنب عنصر هام فى
تكوين الضمير ، إذ يشعر الشخص السوى بالذنب إذا ما خالف القواعد الاخلاقية
التي تحكم السلوك وبالتالي يشعر بالتعاسة وتائب نفسه . هذا بالإضافة إلى أن
الشعور بالذنب يقوم بوظيفة التحذير والوقاية ، إذ يمتنع كثير من الافراد عن
طرق القواعد الاخلاقية خوفاً من تأنيب الضمير والشعور بالتعاسة . وهذه الحالة
غير معروفة للسيكوباتى ، إذ يستمر فى سلوكه المنحرف ، وغشه ، وخداعه دون
شعور بالعار أو الذنب . وإن كان يحاول فى بعض الاحيان الاعتذار عن سلوكه
وتصرفاته وإظهار الندم وإعلان التوبة ، غير أن هذه مجرد ألفاظ لا ذرة من
الإخلاص فيها . وهو قادر على إعطاء أسباب وجيهة لتبرير تصرفاته قد تخدع
الكثيرين فيه مما يساعده فى كثير من الاحيان على التخلص من المآزق الصعبة ليعود
ثانية إلى تكرار نفس المواقف ونفس السلوك .

٢ - عدم النضج الانفعالي - التمرکز حول ذاته :

لا يهتم الطفل الصغير في العادة إلا بنفسه ورغباته وحاجاته ، فهو المحور الذي يدور حوله عالمه الخاص . وإذا ما أصيب بالإحباط استجاب للبيئة باندفاعاته متخطيا معتديا على أقرب الناس اليه لفشلهم في الإشباع المباشر لحاجاته، ثم يأخذ بالتدريج كلما كبر بالتطبع الإجتماعي ، إذ يتعلم كيف يوافق بين سلوكه والمجتمع الملىء بغيره من الأفراد ، كما يتعلم كيف يؤجل الإشباع المباشر لحاجاته، ويراعي حاجات الآخرين التي قد تتعارض أحيانا مع حاجاته ، ويتعلم أنه لن يظل محور الاهتمام الذي يدور حوله العالم ، إذ لا بد أن تؤخذ حاجات الآخرين ووجدانياتهم في الاعتبار ، وعليه أن يطيع بعض القواعد التي وضعها المجتمع لتنظيم العلاقة بين الأفراد . ويتحقق من الأضرار التي تلحق المجتمع إذا ظل كل فرد فيه أنانيا لا يراعى إلا أمور نفسه ، وبهذا يبدأ الطفل في التخلي عن التمرکز حول ذاته ويأخذ في الاتجاه نحو التمرکز الاجتماعي كجزء من عملية النمو .

غير أن السيكوپاثي لا ينمو أبداً بمثل هذه الصورة ، إذ ينمو جسمانيا ومظهريا وعقليا بقدر ما تسمح له قدراته الإدراكية والحركية بما يساعده على استغلال البيئة ، غير أنه لا ينمو أبداً انفعاليا . ويظل تمركزه حول ذاته كالطفل ، إذ لا يهتم سوى نفسه وإشباع رغباته وحاجاته إشباعا مباشرا . ولما كان كالطفل لا يمكنه تحمل تأخير أو تأجيل إشباع هذه الحاجات فإنه يشعر بالإحباط الشديد إذا ما وقف عائق دون أهدافه ، فيندفع للحصول على ما يريد دون تحذير من ضمير أو خوف من شعور بالذنب .

غير أن السيكوپاثي يختلف عن الطفل في أنه قد نما جسمانيا وتكونت لديه

مهارات يستخدمها في إستغلال بيئته ، فيسخر هذه للمهارات لإشباع حاجاته
الطفلية أو ضد غيره من الأفراد الذين يقفون حائلا بينه وبين رغباته . وهنا
تكن خطورته ضد المجتمع

ويجب أن نضيف أن السيكوباتي كالطفل يفقد القدرة على السيطرة على نفسه
إذ أن الفرد السوي يتمكن من ضبط نفسه والسيطرة عليها نتيجة لعملية التنشئة
الاجتماعية ، ويتعلم أنه إذا أخطأ فسوف يوقع عليه العقاب ، غير أن السيكوباتي
لا يتعلم أبداً من خبراته ولا يجدى معه ثواب أو عقاب . ويستمر في تكرار
نفس الأعمال التي سبق له أن عوقب عليها ، ولا تؤثر الخبرات السابقة على
سلوكه في المستقبل .

٣ - علم وجود خطة طويلة الأمد للمستقبل:

يميل السيكوباتي عادة في الحاضر وشعاره ، هنا ، والآن ، وهو في الحقيقة
عاجز عن التطلع إلى المستقبل أو التخطيط له ، ما دام يعيش في حاضره .
والحياة بالنسبة له عبارة عن سلسلة من الأفعال الإندفاعية لا تخدم خطة
للمستقبل أو التوصل إلى أهداف مرغوبة اجتماعيا فيها إستقرار إقتصادي
 واجتماعي وانفعالي . وان كان في بعض الأحيان يصمم على اتباع خطة لبناء
مستقبله فيفشل دائما في تحقيقها ، إذ تحوله عن مقاصده نزوات طارئة أو
اغراءات عارضة ، فتراه لا يتمسك بحرفة على الرغم من انه قد يؤديها بنجاح ،
يبد أن مشاكساته لوملاته ولرؤساته ومن يتعامل معهم والتجاءه إلى الكذب
والغش والتحايل ، وعدم تقديره للمسئولية . تحول بينه وبين الاستقرار
في عمل .

٤ — العجز عن الحب والارتباط العاطفي:

ورابع الخصائص وآخرها عجز السيكوباتي عن إقامة روابط عاطفية أو علاقات متبادلة مع غيره من الأفراد ، فما دامت إهتماماته مركزة حول نفسه ، فلن يسمح لأى أحد آخر بدخول عالمه . وتتوقف أهمية الآخرين عنده على مدى إستغلاله لهم لتحقيق أهدافه وإشباع حاجاته .

والصدقة الحقيقية ليست من الخبرات التى يتضمنها نشاطه . وذلك مع قدرته على إجتذاب عطف الآخرين وحُبهم له ، بيد أنه لا يهطيهم حبا بحب أو يباد لهم عطفًا بعطف ، فلن يقيم لأحد أى اعتبار وسوف يخونهم عند أول فرصة ، ويستغل ثقتهم فيه لتحقيق مآربه . فهو عاجز عن التضحية للآخرين رغم تضحية الآخرين من أجله ، إذ يفتقر إلى القدرة على المشاركة الوجدانية وتقمص مشاعر الآخرين لمجزئه عن الإحساس بما يحسه الآخرون . فن أم مميزاته عدم الإحساس بانفعالات الغير أو مشاكلهم .

وينطبق ذلك على الحب . فهو عاجز أيضا عن حب الغير . وهذا لا يمنع من أن له حياته الجنسية وعلاقاته الجنسية ، غير أن هذه العلاقات تفتقر إلى العمق والاصالة ، كما لا يوجد إستقرار فى مثل هذه العلاقات ، فهو فى العادة زير نساء . وقد يعترف لأحدها من الحب والإخلاص الأبدى ولكن مؤقتا لينتقل من حب إلى حب وراء نزواته . ولما كان ممثلا بارعا فهو قادر على تمثيل الحب إلى أقصى الحدود ، لالحب ذاته ولكن للوصول إلى مآرب ذاتية لاكتساب الثقة أو كسب التعاون أو الاشباع الجنى .

والعملية الجنسية بالنسبة له عملية فيولوجية يحتلها إنفعالات الحب ، وعارضة دون إرتباط أو ولاء أو إحترام للشريك .

والخلاصة أن أهم ما يميز السيكوباتي هو انحرافه إجتماعيا، ويتميز من طفولته بشدة المراس والشغب والمناوشة ، ولا يؤثر فيه مدح أو ذم ولا ثواب ولا عقاب، فهو دائما خارج على التقاليد والنظم ، ويعتبر عاديا في قدراته العقلية ، إلا أنه لا يعبأ بالمسؤولية ولا يتخلى أبداً عن سلوكه الطفلي ، وتبدو بعض تصرفاته غريبة وكأنها تصدر عن عقل مريض ، إذ قد يكون غنياً وفي غير حاجة إلى المال إلا أنه يلجأ إلى السرقة لمجرد اللذة ، وقد يملك سيارة فيرى سيارة أخرى فيقودها ويقذف بها من قمة جبل ويعود إلى سيارته ثانية وكأنه لم يفعل شيئا غريبا . وهو يتميز عادة بالظرف والقدرة على اجتذاب عطف الغير واعجابهم به وصداقتهم له بالرغم من أنه لا يؤتمن ولا يوثق فيه . ويعتبر من يؤجرون في مصر للاغتيال والإنتقام بحرق المحاصيل وما شابه من ذلك النوع . ويصدق عليهم المثل القائل « يقتل القليل ويمشي في جنازته » ، ويتميز كذلك بالانانية وعدم مراعاة شعور الغير أو حرمة ممتلكاتهم وحقوقهم ، وعدم تأنيب الضمير أو الشعور بالذنب ، وتعوزهم القدرة على الحب أو التعلق بأي شيء أو أي أحد، وقد يضحون بأقرب صديق أو أقرب قريب لهم في سبيل منفعة ذاتية . وبالرغم من قدرتهم على التعبير عن إنفعالاتهم وعواطفهم فهم نادراً ما يكونون صادقين فيها . كما يتصفون بعدم القدرة على التحكم في موجاتهم الاعتدائية ، ويتصرفون كما يوحى اليهم الموقف دون النظر إلى العواقب وما قد يترتب على تصرفاتهم .

ويدخل في عداد السيكوباتيين عتاة المجرمين ، ومدمنو الخمر والمخدرات ، والمتحرفون ، والمتزمتون ، والمشردون، والبلطجية ، والمتعصبون دينيا أو مذهبيا، والعاشرات ، والمرضى بالكذب وما إلى ذلك .

على أننا يجب أن نشير إلى أن نسبة السيكوباتيين بين المجرمين ضئيلة ، ويعني

هذا أنه يجب ألا نحكم على كل المجرمين بأنهم سيكوباثيون . ففي دراسة برومبيرج وتومبسون (١٩٣٧) التي يستشهد بها ليسان الصلة بين الأمراض العقلية والاجرام كانت نسبة من تم تشخيصهم بالسيكوباثية لا تعدو ٦,٩ ٪ . وفي دراسة برنارد جلوك (١٩١٨) على سجناء سنج سنج كانت النسبة ١٩ ٪ . مع ملاحظة أن هذا السجن يوضع فيه في العادة أخطر المجرمين .

أما بين الاحداث فقد استعرض لوري (١٩٤٤) الحالات المختلفة للاحداث المتحرفين التي شخصت بالسيكوباثية وانتهى إلى أن نسبة السيكوباثيين لا تعدو ٣ ٪ أو ٥ ٪ . وتؤكد معظم الدراسات أن حالات الاطفال الذين يمكن إعتبارهم سيكوباثيين نادرة إن لم تكن معدومة .

النظريات التي تفسر السلوك السيكوباثي :

إن النظريات التي تفسر السلوك السيكوباثي كلها في الواقع ليست إلا فروضا عليية لم ترقى إلى مستوى النظريات . إذ أن نتائج البحوث التي تحاول إثبات هذه الفروض متناقضة ومتضاربة خاصة وأن الطب العقلي قد عجز حتى الآن عن إيجاد علاج للحالات السيكوباثية . إذ أن أظهر خصائص السيكوباثية مقاومتها في العلاج . ونستعرض فيما يلي أهم الفروض التي تفسر السلوك السيكوباثي معتمدين هنا أيضا إلى حد كبير على مقال راين الذي سبق الإشارة إليه .

١ — الفرض الوراثي :

في عرضنا لنظريات علم الاجرام في تفسير الجريمة رأينا أنه جاءت فترة من الزمن خاصة في أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر كان يفسر السلوك الاجرامي على أساس الوراثة ولازال التفسير بالوراثة له مكانه في تفسير السيكوباثية . غير أننا نعرف من دراسنا للوراثة والبيئة أن الوراثة لا تؤثر في

السلوك الذى هو موضوع الدراسة فى علم النفس بطريق مباشر ولكن عن طريق التكوينات الجسمانية . ولهذا يقال أن هناك عاملاً جينياً يودى إلى إنحطاط التكوينات الجسمانية عند السيکوباثين ، وهذا بدوره يودى إلى مظاهر السلوك السيکوباثى ، غير أن هذا الرأى لم تثبت البحوث صحته حتى الآن.

٢- فرض «الغ التسلط»:

بينت كثير من الملاحظات على الاطفال والبالغين أنه يعقب أى إصابة فى المخ نتيجة لحادثة أو مرض تغيرات سلوكية ، إذ يصبح الفرد إعتدائياً فى سلوكه ويزداد نشاطه ويصبح سريع الانفعال سهل الاستثارة ، وغالباً ما تظهر نزعات إلى سلوك مضاد للجمتمع ، ولما كان هناك تشابه كبير بين هذه الأعراض ومظاهر السلوك السيکوباثى ، افترض البعض وجود مرض أو ضرر أو نوع من الشذوذ فى مخ السيکوباثى قد يعزى اليه السلوك السيکوباثى . غير أن فحص ردود الافعال المنعكسة للسيکوباثين كانت كلها سلبية ، ومع ذلك يرى البعض أن الضرر قد يكون فى جزء من المخ لا يؤثر فى الافعال المنعكسة العادية ولكن يؤثر فى الضبط الانفعالى والعمليات العقلية العليا .

ويلجأ الاطباء إلى بيان مدى سلامة المخ بتسجيل ما يسمى بتيارات المخ التى تبين نشاط اللحاء ، ويظهر هذا فى شكل رسوم بيانية E.E.G. وهناك عدة تيارات تبينها هذه الرسوم تعتبر ذات أهمية من الناحية التشخيصية هى تيارات الفا وتظهر بمعدل ٨-١٣ فى الثانية وهى توجد عادة فى البالغين الاسوياء وتيارات بيتا وجاما وهى أضعف من تيارات الفا وتوجد أيضاً فى البالغين الاسوياء غير أن تيارات دلتا البطيئة جداً والتى تظهر بمعدل أقل من ٨ فى الثانية فتوجد عادة فى الحالات المرضية عند الاطفال والبالغين.

وتظهر التسجيلات الشاذة في كثير من الحالات المرضية كالصرع والأورام المخية وما إليها . غير أن هذه الطريقة ليست طريقة تشخيصية كاملة ، إذ تبين نسبة تتراوح ما بين ٢٠ - ٣٠ ٪ من الأسوياء شذوذاً في رسوم تيارات المخ .

لقد قام عدد من الباحثين باستخراج رسوم تيارات المخ لمن تم تشخيصهم بالسيكوباثين والنتائج هنا متضاربة أيضاً ، فقد وجد سيمونز وديثام (١٩٤٦) أن الشخصيات السيكوباثية من ذوى المعايير الخلقية المنحطة والتي تؤدي بهم إلى المشاكل تتميز بسجلات فيها الايقاع البطيء من موجات الفا غير أن هناك عدداً من السيكوباثين في نفس الدراسة لم تظهر في سجلاتهم هذه الخاصية .

ووجد جوتليب وآخرون (١٩٤٦) أن ٥٨ ٪ في عينتهم من السيكوباثين لهم سجلات لتيارات المخ شاذة وهذه النسبة أعلى مما يوجد عادة بين الأسوياء ، غير أنهم لاحظوا أن نسبة السجلات الشاذة ترتفع بين الأفراد ممن لهم أمهات يتصفن بعدم التوافق أو الادمان على الخمر موحين بذلك بوجود إما عامل وراثي أو عوامل بيئية في حياة الطفل المبكرة .

لقد استعرض النجسون (١٩٥٤) البحوث التي استخدمت فيها رسوم تيارات المخ للكشف عن السيكوباثية . وتبين البحوث التي استعرضها أن الرسوم الشاذة ظهرت بانتظام بين السيكوباثين بنسبة تتراوح ما بين ٤٧ ٪ ، ٥٨ ٪ من الحالات ، غير أنه يبين أن هذه النتائج لا تميز بين السيكوباثين وغيرهم من المرضى باضطرابات عقلية أخرى إذ ترتفع نسبة رسوم التيارات الشاذة للمخ بين المرضى بأمراض عقلية أخرى . ويختم بحثه بقوله بأن رسوم تيارات المخ لا قيمة لها في التشخيص المتمايز للأمراض العقلية اللهم إلا في الحالات القليلة التي يكون الأساس فيها عضوياً .

والخلاصة أنه وإن كان رسم تيار المنع يبين رسوما شاذة لنسبة من السيكوباثيين غير أن نسبة أخرى منهم لا يظهر عندهم ذلك ، كما أن عدداً من الأسوياء تظهر لهم رسوم شاذة ، ولما كانت الرسوم الشاذة تتوافر في كثير من الاضطرابات العقلية كان من الصعب اتخاذ هذه الرسوم أساساً للتمييز بين السيكوباثيين وغيرهم من المرضى أو الأسوياء . وعلى فرض وجود الرسم الشاذ وتمييزه فإنه لا يبين لنا السبب في هذا الشذوذ .

٣ - الفرض النفسى :

يقوم الفرض النفسى على أساس أن بذور الشخصية السيكوباثية توجد في عملية التنشئة الاجتماعية وعلاقة الطفل بأمه خاصة في باكورة الحياة . ويعطى الاهتمام في عملية التنشئة الاجتماعية إلى عملية الرضاعة على أساس أن الأم لا تشبع بالرضاعة حاجات الطفل الجسدية فقط ، ولكنها تعطيه الحب والدفء في إحضانها له أثناء عمليات الرضاعة لذلك يصر علماء النفس على الأم التي تضطر إلى إرضاع طفلها بالوجاجة أن ترضعه إلى صدرها كما في حالة الرضاعة الطبيعية ، على ألا تتغير الأيدي التي تقوم بهذه العملية لإيجاد الثبات والاستقرار في هذه العملية وأن يكون في عملية الرضاعة إشباع دون عجلة ، وعلاقة الطفل الأولى بأمه إذا ما كان فيها إشباع ستكون هي النموذج الذي يحتذى في تكوين علاقات مع الغير .

والعامل الثانى الذى يعطيه علماء النفس أهمية في تكوين الشخصية السيكوباثية هو عملية التقمص التي سبق لنا شرحها في العمليات العقلية اللاشعورية والتي تساعد الطفل على أن يمتص معايير الآباء ويحكمها في نفسه لتكوين الانا الأعلى .

وهناك نظرية لبولبي عن الحرمان الاموى وأثره فى تكوين الشخصية الجانحة وتدل نتائج دراسته على أن الحرمان الاموى يؤدى إلى اضطراب الشخصية وذلك لما يأتى :

١ - عدم وجود الفرصة لتكوين تعلق فيه إشباع بالام أو بصورتها خلال السنوات الاولى.

٢ - الحرمان لمدة فترة تتراوح ما بين ثلاثة أو ستة أشهر خلال السنوات الاولى من العمر بابتعاد الام فجأة عن الطفل لسبب من الاسباب.

٣ - تغير صورة الام وبديلاتها باستمرار خلال السنوات الاولى من العمر وفى رأى بولبي أن أى عامل من العوامل السابقة قد يؤدى إلى تكوين الشخصية السيكوبائية الحالية من الوجدان .

ويضع ما كورد وما كورد (١٩٥٦) نتيجة لاستعراضهم البحوث فى الميدان تحفظا على الحرمان الاموى كسبب من أسباب السيكوبائية ، إذ يريان أن هذا الحرمان يجب أن يكون عنيفا ليمىء للسيكوبائية ، وليس كل حرمان من الضرورى أن يؤدى إلى ذلك ، ويريان أنه من المحتمل أن الحرمان إذا صادف طفل له تكوين عصبي خاص قد يؤدى إلى السيكوبائية ، أما إذا كان هذا التكوين العصبي الخاص غير موجود فقد لا يؤدى الحرمان أو التبدل إلى ذلك . ويعلق راين على ذلك بأن رأى ما كورد وما كورد يحتاج إلى دراسة لاثباته ، كما أنه يرى أن من الصعوبة تحديد ماهية الحرمان الذى يعتبر قاسيا والحرمان المخفف .

علاج السيكوبائى :

لقد فشل السجن ، وفشلت الرقابة الاجتماعية ، وفشل الايداع فى مستشفيات ، بل وفشل التحليل النفسى فى العلاج علاج السيكوبائى . هذا لا يمنع من العثور على

بمجرد متأثرات يصادفها القارىء عن نجاح البعض بطريقة أو بأخرى في علاج بعض الحالات فيذكر ليندز (١٩٤٤) في كتابه «ثأر بدون سبب» عن حالة سجين تمكن معه قمت تأثير الترويم المغناطيسى من أن يستخرج من طفولته مادة يمكن أن يفسر بها نزعاته الاجرامية وثورته ضد المجتمع، ويلخصها في الكراهية للاب، والرغبات الجنسية نحو الام، وهذه الديناميكيات التحليلية تميز المرضى بالعصاب، لذلك يتشكك الكتاب في حالة ليندز ويرون أنها أقرب إلى العصاية لا إلى السيكوباثية .

ولعل أصعب عقبة في سبيل علاج السيكوباثى هي عدم تعاونه مع المعالج . ويرى كللكلى ١٩٥٥ أنه يجب إعتبار السيكوباثى كالذهانى من ناحيه عجزه عن تدبير أمور نفسه ويجب إيداعه في مستشفيات خاصة أو غابر خاصة في المستشفيات العلاجية أطول مدة ممكنة لعلاجه .

ويقال أنه إذا هبث بيئة علاجية في مؤسسة تكتل كل الجهود فيها للعلاج الجماعى فقد ينجح هذا فى العلاج .

الفصل التاسع عشر

انحراف الاحداث

من هو الحدث المنحرف :

يكشف المدقق في البحوث التي تناول مشكلة الاحداث المنحرفين عنة اتجاهات جديدة في النظر إلى هذه المشكلة عبرت ميرل Merrill عنها باقتباس من تاوولي قدمت به الفصل الاول في كتابها وهذا الاقتباس هو :

« كنا نقول البارحة أن هذا لص ، ونحن نعرف ماذا نفعل بالصوص : أما اليوم فنقول ، هذا إنسان يسرق ونحن نحاول أن نعرف لماذا يسرق » .

ويميل علماء النفس إلى النظر إلى انحراف الاحداث على أنه سلوك يعتبر عرضا يدل على عدم التكيف ، وأنه سلوك وظيفي ، بمعنى أنه يشبع حاجات المنحرف . غير أن المؤتمر الثاني للوقاية من الجريمة الذي عقدته الأمم المتحدة في لندن ١٩٦٠ يعترض على هذا التعريف . إذ جاء في التقرير أنه في كثير من الدول يتسع معنى انحراف الاحداث ليشمل عمليا كل مظاهر سلوك الاحداث . لهذا نجد أن عدم الطاعة ، والعناد ، والمروق ، وعدم احترام الكبار ، والتدخين دون إذن ، وجمع أعقاب السجائر ، والتسكع في الطرقات وماشابه تدخل ضمن انحراف الاحداث . وغالبا - وهذا أمر غير مرغوب فيه - يضم هؤلاء المخارقون للقانون مع المنحرفين الحقيقيين في صعيد واحد ، وليس ذلك لمجرد عدم وجود الخدمات والمؤسسات لهم ، وإلا كن أيضا لانهم يعتبرون « غير متوافقين » ، كالمنحرفين وذلك طبقا لبعض

السياسات والممارسات السائدة ، ومن ثم يوضعون في مؤسسات واحدة . ويقول التقرير أن عدم التكيف أو عدم التوافق والانحراف مصطلحان لا يعنيان شيئا واحداً ، لهذا يجب إعتبار الأحداث المنحرفين فئة تمثل من الناحية الاجتماعية مشكلة منفصلة تختلف عن مشاكل الصغار الذين يحتاجون مساعدة للوقاية بتقديم الخدمات الاجتماعية أو الصحية أو العقلية لهم . فأفراد الفئتين من الأحداث يحتاجون للمساعدة والعلاج لأنهم يحتاجون للمساعدة فعلاً . ويقترح التقرير أن يقتصر مصطلح الانحراف الأحداث على أولئك الصغار الذين يرتكبون جرائم جنائية . لهذا يجب ألا تشمل التعاريف القانونية الأفعال التي وإن كانت غير مرغوبة إلا أنها ليست جنائية . وانتهى المؤتمر إلى أن المقصود بانحراف الأحداث القيام بفعل إذا ما اقترفه شخص بالغ يعتبر جريمة (ص ٥١ - ٥٢) . ويبدو أن المؤتمر يميل إلى إتخاذ التعريف القانوني أساساً للانحراف وهو لا يطابق التعريف النفسي .

ويفرق القانون عندنا في مصر فعلاً بين الحدث المنحرف والحدث المشرد ، إذ يعرف الأحداث المنحرفون طبقاً للقانون رقم ١٢٤ لسنة ١٩٤٩ بأنهم الذين يرتكبون جريمة من الجرائم الواردة في قانون العقوبات ، وقد قسم القانون مراحل العمر إلى أربع مراحل مختلفة ، تبدأ المرحلة الأولى من الميلاد إلى سن سبع سنوات . ففي هذه المرحلة لا يعد الحدث فيها مسئولاً جنائياً ولا تقام عليه الدعوى العمومية . أما المرحلة الثانية فتبدأ من سبع سنوات إلى ١٢ سنة كاملة ، وفي هذه الحالة لا يحكم على الصغير بأية عقوبة من العقوبات الواردة في قانون العقوبات ، ولكن يأمر القاضي إذا ارتكب الصغير جريمة إما بتسليمه لوالديه أو لمن له حق الولاية على نفسه أو بإرساله إلى مدرسة إصلاحية أو محل آخر معين من قبل المحكمة . أما المرحلة الثالثة وهي تبدأ من ١٢ سنة إلى ١٥ سنة ميلادية

كاملة وفيها يجوز الحكم على الصغير ببعض العقوبات الاصلية مثل السجن أو الحبس مع الوام القاضى بتخفيض العقوبة ، أو أن يحكم عليه بتدبير التدابير التقويمية المقررة للاحداث وهى التسليم للوالدين أو الإيداع فى مؤسسة إصلاحية .

أما الشخص الذى تزيد عمره عن ١٥ سنة كاملة وتقل عن ١٧ فهو يخضع لجميع أحكام قانون العقوبات ، ولكن فقط لا يحكم عليه بالإعدام أو بالاشغال الشاقة المؤبدة أو المؤقتة .

ولذلك يرى البعض أن الحدث - وفقاً لأحكام قانون العقوبات هو من تقل عمره عن ١٢ سنة لانه فى هذه الحالة لا يجوز الحكم عليه إلا بتدبير تقويمى .

بينما يرى آخرون أنه الشخص الذى يقل عمره عن ١٥ سنة ، وأنه يجوز للقاضى الحكم على من تزيد عمره عن ١٢ سنة وتقل عن ١٥ بتدبير تقويمى بدلا من العقوبات العادية .

والرأى عندنا أن المجرم الحدث هو من تزيد عمره عن ٧ سنوات وتقل عن ١٢ سنة كاملة لان من يتعدى هذه السن يجوز الحكم عليه بعقوبة عادية ، الامر الذى يفهم منه أن المشرع جعل هذه السن حداً فاصلاً بين المسئولية الجنائية وعدمها .

ويعرف القانون الحدث المشرّد بأنه الحدث سواء كان ذكراً أو أنثى والذى لم يبلغ سنه ثمانى عشرة سنة ميلادية كاملة إذا وجد فى حالة أو أكثر من الحالات الآتية

أ - إذا وجد مقسولاً ، ويعتبر من أعمال القسول عرض سلع تافهة أو القيام بالألعاب بهلوانية .

ب - إذا مارس جمع أعقاب السجائر أو غيرها من الفضلات أو المهملات.

ج - إذا قام بأعمال تتصل بالبطارة أو الفسق أو فساد الاخلاق أو القمار أو خدمة من يقومون بهذه الاعمال.

د - إذا خالط المشردين أو المشتبه فيهم أو الذين اشتهر عنهم سوء السيرة .

هـ - إذا كان مسمى السلوك ومارقا من سلطة أبيه أو وليه أو وصيه أو أمه إذا كان الولي متوفى أو غائبا أو عديم الاهلية .

و - إذا لم يكن له محل إقامة مستقر أو كان يبيت عادة في للطرقات .

ز - إذا لم يكن له وسيلة مشروعة للتعيش ولاعائل مؤتمن وكان أبواه متوفيين أو مسجونين أو غائبين.

ويلاحظ أنه لا يوجد حد أدنى للسن التي يبدأ معها إتخاذ التدابير المقررة إزاء التشرّد لأن المقام هنا ليس مقام عقاب بل هو العمل على الاخذ بيدالحدث المشرّد. ولذلك فإن الحدث المشرّد يبدأ من الميلاد حتى بلوغ ١٨ سنة كاملة بخلاف الحدث المنحرف الذي يبدأ اتخاذا الاجراءات معه بعد بلوغه سبع سنوات ، * .

غير أننا وللأسف نجمع الصنفين في مؤسسات واحدة . ويعتقد كثير من العاملين في هذه المؤسسات أنه لا يوجد فرق بين الالتمين من ناحية الانحراف . ففى رأيهم أنه وإن كان لم يقبض على المشرّد فى جريمة من جرائم الاحداث إلا أن المدقق فى تاريخ حياته يجد سجلا حافلا من الانحراف الذى لا يفرقة عن المنحرفين . ولا توجد دراسة فى مصر لتقارن بين مجموعتين من المنحرفين والمشردين فى تاريخ الحياة لتبين مدى صحة هذا الرأى .

لقد قامت وحدة البحوث النفسية والتربوية * بالمركز بمقارنة مجموعة من المنحرفين ومجموعة من المشردين ومجموعة من الأسوياء على اختبار اليد . وهذا الاختبار يتكون من تسع صور لليد في أوضاع مختلفة - وبطاقة بيضاء يطلب من المفحوص أن يذكر ماذا يعتقد أن صاحب هذه اليد يفعل . وتصنف الاستجابات إلى استجابات عدوانية وتشمل استجابات العدوان والتسيير، واستجابات تعاونية ويدخل فيها استجابات تشير إلى الخوف . والتودد ، والاتصال ، والتواكل . تجمع درجات الاستجابات العدوانية وي طرح منها درجات الاستجابات التعاونية فيدل الفرق على استعداد الفرد للتفيس عن العدوان بالتفيد . طبق هذا الاختبار في أمريكا ، على المنحرفين والأسوياء وعلى فئات أخرى تتصف بالعدوان فوجد أن هذا الاختبار يبين فعلا مدى استعداد من لديه العدوان للتعبير عنه بالتفيد .

طبق هذا الاختبار على العينات الثلاث المصرية لبيان ما إذا كان المشردون يماثلون المنحرفين في نزعاتهم العدوانية . وكذا قد افترضنا أنهم يختلفون عنهم وأنهم يقتربون من السويين ولم تبين الدراسة صحة هذا الفرض إذ وجد أن المشردين لا يفترون عن المنحرفين في نزعاتهم الاعتدائية . فهل هذا يعود إلى ما يقوله العاملون معهم من ناحية السجل الاجرائي ، أم أنها الحياة مع المنحرفين في مؤسسة واحدة ؟ أو أن التشرد يعزى لأسباب تخلق النزعات العدوانية التي يعبر عنها بالتشرد لا الجريمة . فع تشابه المنحرفين والمشردين في النزعات العدوانية فمن الجائز أن هذه النزعات تعبر عن نفسها عند البعض بالجريمة بينما تعبر عن نفسها عند البعض الآخر بالتشرد .

* سعد جلال ، محمود عيد القادر ، محمد رشاد كفاي . استجابات الاحداث المنحرفين والمشردين والأسوياء على اختبار اليد - المجلة الاجتماعية القومية - المجلد الثالث العدد الثاني مايو ١٩٦٦ .

على أى حال لا تطبق على الاحداث فى أى دولة من الدول المتحضرة نفس القوانين التى تطبق على المجرمين ، إلا أن هذه الدول تختلف فيما بينها فى تحديد السن التى تفرق بين الحدث والسكبار . إذ تحدد هذه السن فى بعض الدول بالثانية عشرة أو الخامسة عشرة أو الثامنة عشرة . إلا أن الاتجاه يميل إلى اعتبار الواحدة والعشرين حداً أقصى لمن يمكن أن ينطبق عليه قانون الاحداث .

اسباب انحراف الاحداث : *

مها اختلفت النظريات التى تفسر سلوك الجانحين فإن العلماء يتفقون على بعض العوامل التى تتصل بطريق مباشر أو غير مباشر بأسباب الانحراف نلخصها فيما يلى .

- ١ - إن نسبة كبيرة من الاحداث المنحرفين تعاني من اضطراب الشخصية والتوتر النفسى ، والصراع ، والعادات السيئة .
- ٢ - إن نسبة كبيرة من المجرمين البالغين كانوا يعانون من اضطرابات نفسية وكانوا فى حداتهم من المنحرفين .
- ٣ - ليس الضعف العقلى عاملاً فعالاً فى انحراف الاحداث .
- ٤ - إن نسبة كبيرة من الاحداث المنحرفين تأتى من بيوت هدمتها الخلافات الزوجية ، أو الموت ، أو عدم صلاحية الوالدين .
- ٥ - تقسم معاملة الآباء للاحداث المنحرفين بالقسوة والتذبذب والاهمال .
- ٦ - يتحول أبناء السليبين الى الجريمة لتأكيد ذكورتهم .

* لدراسة تفصيلية للنظريات الاجتماعية والنفسية التى تفسر الجريمة والانحراف أنظر أسس علم النفس الجنائى للمؤلف . دار المعارف سنة ١٩٦٧ .

٧ - إن نسبة كبيرة من الأحداث المنحرفين لم تستطع الإستمرار في التعليم وتركوا المدارس في سن مبكرة.

٨ - إن نسبة كبيرة منهم تأتي من بيئات ومن أحياء ينتشر فيها الفقر والبطالة وتجارة المخدرات والجرائم ومظاهر الانحلال المختلفة .

وإذا كنا قد استعرضنا في الفصل السابق النظريات المختلفة التي تفسر السلوك المنحرف عموماً فإننا سنعرض فيما يلي بعض العوامل النفسية التي تتصل بجناح الأحداث ولم يرد ذكرها في الفصل السابق.

١ - الذكاء وانحراف الأحداث :

لقد كانت هناك محاولات عديدة مستمرة لتحديد علاقة إنحراف الأحداث بالذكاء . وقد سبق لنا أن ذكرنا أن جودارد في دراسته لعائلة الكاليكاك كان يعزو الانحراف إلى الضعف العقلي الوراثي .

لقد بينت بعض الدراسات أن المنحرفين يفترون في متوسط ذكائهم عن العاديين فرقاً واضحاً ، إلا أن هذه الدراسات قد طعنت في أن اختبارات الذكاء التي استعملت فيها لم تكن بالدقة التي عليها اختبارات الذكاء الآن ، كما طعنت في أن عينات الاطفال التي أجريت عليها الدراسة لم تتحقق فيها الشروط الاحصائية اللازمة ، اذ لم تكن تمثل المنحرفين تمثيلاً دقيقاً ، وتبين الدراسات من هذا النوع مثل دراسة ميرل التي قارنت ذكاء ٥٠٠ حدث منحرف بمتوسط ذكاء ٢٩٠٤ طفلاً يمثلون عينة عشوائية ، فكان متوسط ذكاء المنحرفين ٩٢,٥ ، وكان متوسط ذكاء المجموعة العشوائية ١٠١,٨ . تبين هذه الدراسات أن المنحرفين يقلون فعلاً في مستوى ذكائهم في المتوسط عن العاديين ، إلا أن متوسط ذكائهم لا يعتمد أو ينقص عن مستوى الذكاء المادي المصطلح عليه

وهو ما بين ٩٠ ، ١١٠ ، وقد استخدمت ميرل اختبار ستانفورد بينيه في قياس الذكاء في دراستها ، ومن المعروف أن هذا الاختبار يتأثر الى حد كبير بالقدرة اللغوية.

وفي دراسة جلوك وجلوك تم استخدام اختبار وكسلر بلفيو لقياس الذكاء ، وهو يتكون من جزئين أحدهما لغوي والآخر أدائي . قـورن متوسط ذكاء ٥٠٠ حدث منحرف بمتوسط ذكاء عدد مماثل من غير المنحرفين ، فكان متوسط ذكاء المنحرفين أقل من متوسط ذكاء غير المنحرفين في الجزء اللغوي من الاختبار بينما تشابه الفريقان في الجزء الأدائي . وكانت أهم الاختبارات اللغوية التي ميزت بين الفريقين في الجزء اللغوي اختبار المفردات ، والمعلومات ، والفهم . فقد برز فيها غير المنحرفين بينما تشابهت المجموعتان في اختبار التشابه ، والتعليل الحسابي والقدرة على تذكر الأرقام . إلا أنه يجب أن نلاحظ أن الاختبار اللغوي يتأثر بالتحصيل المدرسي ، وفي هذه الدراسة بالذات كان الحصول المدرسي للمنحرفين أقل بكثير من محصول غير المنحرفين . وعلى الرغم من تشابه الفستين في الاختبار الأدائي وجد أن المنحرفين كانوا أقل قدرة من الآخرين على اختبار الترميز مع أنهم تفوقوا قليلا في اختبار تصميم الأشكال بالمكعبات ، واختبار جمع الأشكال ، وتشابه الفريقان في أدائهما لإختبار اكمال الصور واختبار ترتيب الصور .

ويبدو أن الاختلاف بين الفريقين في اختبار كاختبار الترميز الذي كان أداء المنحرفين فيه أقل من العاديين يعزى إلى أن الاختبار يتطلب القدرة على تركيز الانتباه والمثابرة على بذل الجهد . وهذه هي الصفات التي يفتقر اليها المنحرفون . أما تفوقهم على اختباري تصميم الأشكال بالمكعبات وجمع الأشكال فقد يدل على تفوقهم في القدرة الحركية . كما تدل هذه النتائج كلها على تفوق الجانحين في

القدرات العقلية التي تتطلب الاتصال الحسى المباشر بالأشياء وعدم الاعتماد على الرموز العرفية كاللغة والتفكير المجرد الذى يتفوق فيه العاديون .

وفى دراسة ما كورد وما كورد فى إعادة تقويم دراسة كبرديج - سومرفيل وجد أن الذكاء لا يمت بصلة إلى أسباب الانحراف على الرغم من أن بعض ذوى الذكاء المرتفع قد سمح لهم ذكاؤهم بعدم الوقوع فى أيدى البوليس ، غير أنها وجدوا أن أولئك الذين كانوا يقتربون جرائم ضد الممتلكات كانوا غالباً من ذوى الذكاء المتوسط .

ومن الاعتراضات على نتائج البحوث التى قورن فيها ذكاء الجانحين بالمأذنين أننا عادة لا نتق إلا على الجانحين من ذوى العقلية المحدودة ، لأن الأذكاء منهم يساعد ذكاؤهم كما بينت دراسة ما كورد وما كورد على الإفلات من قبضة العدالة ، كما أن أى مجموعة من الجانحين يتوزعون عادة حسب ذكاؤهم فى منحنى اعتدالى جرسى لا يفرق فى شكله عن توزيع العاديين ، أى أنه يوجد بينهم الأذكاء والمتوسطون والأغبياء .

وقد كانت هناك محاولات عدة لربط مستويات الذكاء بأنواع الجرائم . وقد حاولت ميرل تبويب ... جريمة تبعا لمستوى ذكاء مرتكبها لتحقيق ما إذا كان المذورن أذكى من غيرهم من الجانحين ، ومرتكبوا الجرائم الجنسية أقل ذكاء من عداهم ولكن لم تدل النتائج التى توصلت إليها عن وجود أى علاقة بين نوع الجريمة ومستوى الذكاء . وفى نتائج الدراسات الأخرى حول هذا الموضوع كثير من التناقض ، كما أنها ليست حاسمة .

التحصيل الدراسى والانحراف :

تدل معظم الدراسات وخاصة ما قام به آش ، وجلوك وجلوك وغيرهم على

أن المنحرفين متأخرون في مستوى تحصيلهم عن العاديين ، كما أنه إذا طبقت عليهم اختبارات التحصيل المقتتة دلت نتائجها على أن الجانحين قد وضعوا في فرق دراسية أعلى من مستوى تحصيلهم لا تتقالمهم آليا من فرقة إلى أخرى .

ويصعب علينا في مصر أن نحدد المستوى التحصيلي المدرسي للجانحين لأن غالبية من وقع في أيدي العدالة من الجانحين ليسوا من أبناء المدارس ، ولا يخفى علينا أن الجانحين من هؤلاء إما أن يقتصر عليهم ذورهم من ذوى المراكز خشية العار ، وإما أن يعاملهم البوليس معاملة خاصة على أنهم من الطبقة المتعلمة .

الأمراض النفسية والعقلية وانحراف الأحداث :

يميل بعض علماء النفس وأطباء الأمراض العقلية إلى تقسيم المنحرفين إلى فئتين ، فئة تضم المنحرفين عن يعزى انحرافهم إلى أمراض نفسية وأمراض عقلية ، وفئة أخرى ليست مريضة بأى من هذه الأمراض ويعزى انحرافها في رأيهم إلى الأسباب الاجتماعية . نسوق على سبيل المثال دراسة تيرانس موريس في إنجلترا وهي وإن كانت أصلا قائمة على دراسة مناطق الانحراف ، نجد أنه يذكر تعليقا على نتائج دراسته أنه يوجد في كل فئة مهنية من الفئات التي قام بدراستها نواة للانحراف السيكياباى ، الذى يعزى إلى اضطرابات إنفعالية في الأسرة ، أو مرض عقلى يعزى إليه انحراف ما يقرب من ١/١ الحالات أو ربعها . أما البقية الباقية فمن الممكن أن يعزى جناحها إلى العوامل الثقافية ويمكن أن نسمى ذلك « الجناح الاجتماعى » .

وفي سنة ١٩٤٨ قام هاناواى ومونا كيزى بتطبيق اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه ويكفى أن نذكر هنا أنه أداة اكلينيكية لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية - بتطبيق الاختبار على تلاميذ السنة التاسعة في ست

عشرة مدرسة في مدينة كبيرة في ولاية مينسوتا وفي مدرسة واحدة في مدينة صغيرة (تعادل السنة التاسعة السنة الثالثة الاعدادية في التعليم المصري) . وبعد سنتين من التطبيق أى في سنة ١٩٥٠ قاما بفحص سجلات عا كم الأحداث وأقسام البوليس في المدينتين للتحرف على من انحرف من التلاميذ الذين طبقا عليهم الاختبار . لقد كان عدد التلاميذ المسجلين في السنة التاسعة ٥٧٢ طبق الاختبار على نسبة ٩٨٪ منهم . وأجرى التحليل لعدد ٥٨٤ سجلا من سجلات الاختبار منها ١٩٩٧ سجلا للبنين و ٢٠٥١ للبنات . وكان السن الاوسط للتلاميذ ١٧ سنة حين بدىء بتتبع الحالات المنحرفة . واليك أهم نتائج هذه الدراسة :

- ١ - تبين أن نسبة ٢٢٪ من الأولاد قد انحرفت في مقابل ٨٪ من البنات إذ كان هؤلاء سجلات إما في البوليس أو في عا كم الأحداث .
- ٢ - بينت النتائج دون أدنى شك أن أنماط الاعراض التى توجد عادة لدى البالغين المرضى بأمراض عقلية أو نفسية تسود بين المنحرفين .
- ٣ - وجد أن بعض أنماط تكيف الشخصية لدى البالغين يقل تكرارها بين الأحداث المنحرفين ، وهذا يتفق مع التسليم بأن الاختبار يقيس درجة عدم تكيف الكبار .

- ٤ - وجد أن هناك من بين المنحرفين نسبة كبيرة لايبين الاختبار أن لديهم أى أنماط سلوكية تماثل بينهم وبين المرضى بأمراض عقلية أو نفسية .

وانتهى الباحثان إلى أن الاختبار يكشف عن فئتين من المنحرفين فئة منها يعزى انحرافها إلى أمراض نفسية أو عقلية تشبه تلك التى يعانى منها الكبار ، وفئة يبدو أنها خالية من هذه الأمراض وقد يعزى انحرافها إلى أسباب اجتماعية . قام مؤلف هذا الكتاب في رسالة للحصول على الدكتوراه بتطبيق هذا

الاختبار على مجموعة من المنحرفين ثم قسم المجموعة إلى فئتين طبقا لنتائج ومعايير هائاواى ومونا كيزى . فئة افترض فيها المرض وفئة أخرى مريضة لبيان مدى صحة نتائج هذا الاختبار ، والكشف عما إذا كانت العوامل البيئية الاجتماعية هى السبب فى انحراف الفئة الثانية دون الفئة الاولى .

قورن أفراد المجموعتين فى الذكاء ، والتحصيل المدرسى ، والمستوى الاجتماعى الأقتصادى للأسرة ، وترايط الأسرة وتهدمه ، ومعاملة الآباء ، والفحص الطبى النفسى . فلم تبين الدراسة أى فروق ذات دلالة بين الفئتين .

وكان هائاواى ومونا كيزى قد اختارا مجموعة سوية عددها ٢٠٠ فردا لاستخراج بياناتهم عن الاسوياء ، قورنت المجموعتان المنحرفتان مع هذه المجموعة وكان الفرض المراد تحقيقه هو اختلاف المنحرفين الذين افترض مرضهم عن الاسوياء . وعدم اختلاف المنحرفين فى الفئة الثانية عنهم . لقد ثبتت صحة هذا الفرض فيما يختص بالمجموعة الاولى ، ولم يثبت فيما يختص بالمجموعة الثانية إذ كانت درجاتها أعلى من درجات الاسوياء فيما عدا مقياس الذكورة والانوثة الذى تساوت فيه درجات هذه المجموعة مع درجات الاسوياء . وإذا كانت هذه الدراسة لم تبين أى فروق لها دلالتا بين الفئتين فى العوامل الاجتماعية ، فقد أثبتت أنه إذا صح أن احدهما مريضة بالامراض العقلية والثانية خالية من هذه الامراض فان الفئتين تتساويان فى عدم التكيف . كما أنه من الصعب أن نعزو انحراف الجانبين إلى العوامل الاجتماعية وأن نعزو انحراف فئة أخرى إلى المرض العقلى لآتنا نعرف أن العوامل التى تؤدي إلى كثير من الامراض العقلية والنفسية هى نفسها العوامل التى تؤدي إلى انحراف بعض الافراد . وقد يكون هذا هو السبب فى عدم وجود فروق لها دلالتا بين الفئتين فى العوامل الاجتماعية

وعما يؤكد النتائج التي توصلنا إليه بحث قامت به جاندرى على إحدى وعشرين فتاة حولن من إحدى مؤسسات المتحرفات إلى مستشفى من مستشفيات الأمراض العقلية. فوجدت إنه وإن كان من الصعب تقرير ما إذا كن مريضات بمرض عقلي أو نفسى فهن متحرفات فى السلوك، وكان التشخيص لحالاتهن هو أنه بالرغم من أن الفتيات قد يكن خاليات، من الأمراض العقلية إلا أنهن يحتجن إلى العلاج النفسى حتى يتمكن من العودة إلى المجتمع ثانية .

لقد سبق لنا أن ذكرنا فى عرضنا للأمراض العقلية والجريمة أن انحراف نسبة ضئيلة من الأحداث قد يعزى إلى الأمراض العصابية النفسية . إذ توضع بدور العصاب النفسى طبقا لرأى المدرسة الفرويدية التحليلية فى الطفولة ، ولا تظهر الاعراض حتى سن المراهقة . كما أن المريض بالعصاب النفسى يعانى من القمع والكبت ، وهاتان العمليتان تحولان عادة بين المريض وبين التعبير عن دوافعه المضادة للمجتمع ، ولولا ذلك لانحرف المريض فعلا فى سلوكه . وهناك من الادلة على نزعات الحزن والانقباض والانطوائية وخنوة الميول - وكلها تدخل ضمن أعراض العصاب النفسى - وتحول دون إرتكاب ما يؤدى إلى الوقوع تحت طائلة القانون ونقد المجتمع . ومع ذلك فهناك من بين الأحداث المتحرفين من يعانى من الأمراض العصابية النفسية للأسباب التى سبق أن ذكرناها وذلك للرجبة اللا شعورية فى العقاب والنزعة الاعتدائية وغيرهما من الافعال والأفكار الاستحواذية التى تقوم على دوافع لا شعورية قد تؤدى بالفرد إلى الانحراف والجنوح .

أما الأمراض العقلية فعروف أن الجنون الدورى نادراً حدوثه قبل سن الثامنة عشرة . ونفتقر حالياً إلى المعلومات الصحيحة والاحصائيات الدقيقة عن نسبة

الامراض العقلية الاخرى بين الاحداث المنحرفين . ويتردد أطباء الامراض العقلية والاختصاصيون النفسيون في وصف الحدث بمرض من الامراض المعروفة ويفضلون تشخيص الحالة على أنها مجرد نمط السلوك المرضي بدلا من تسميتها بالفصام أو جنون الاضطهاد أو ما شابه ذلك .

ويرى البعض أن كثيراً من الاحداث الجانبين يعاني منه سلا من مبادئ أعراض جنون الاضطهاد والفصام . وفي رأي أن ما قد يظنه البعض عرضا لجنون الاضطهاد في هؤلاء إن هو الاحساسية زائدة لتقد المجتمع لهم . وهؤلاء الاولاد معروفون لدى البوايس الذي يطاردهم في كل مكان ، كما أنهم معروفون بانحرفاتهم في جيرانهم بل وبين أفراد أسرهم ، وهم بذلك في موقف لا يحسدون عليه من حيث الرقابة الموضوعه عليهم . أما فيما يتعلق بأعراض جنون الفصام التي تبدو عليهم فقد يكون الباعث اليها عدم تفاعل هؤلاء الاحداث مع بيئتهم الاجتماعية ، ونظرتهم المهوشة إلى شعور الآخرين نحوهم ، تلك النظرة التي تنقصها الواقعية والتفكير السليم ، وليس هذا بغريب على المراهق ، إذ أن المراهق لا يستجيب عادة إلى بيئته إستجابة واقعية بل هي غالبا مهوشة بحكم مرحلة النمو التي يمر بها . وقد سبق لنا أن تكلمنا عن السيكوباتية وعلاقتها بالانحراف .

أنماط الاحداث المنحرفين :

يميل بعض العلماء إلى تقسيم الاحداث المنحرفين إلى أنماط يتميز كل نمط بخصائص تفرق بينه وبين النمط الآخر واليك نوعا من هذا التقسيم .

١ - حدث العصاة :

يسمى جينكنز وهيوبت (١٩٤٦) الحدث من هذا النمط بالمنحرف المطيع

اجتماعيا ، . وهو النوع السائد بين الاحداث المنحرفين الذى لا يقوم بنشاطه إلا ضمن جماعة من المنحرفين مثله . وهو فى العادة لا يحتمل الوحدة ، وعلى استعداد للقيام بأى عمل من أجل الجماعة التى ينتمى إليها ، إذ أن معايير الجماعة عنده أهم من أى معايير أخرى . لذلك كان هذا النوع من أصعب حالات الانحراف لحاجته الدائمة إلى الجماعة المنحرفة التى يصعب عزله عنها ، وتتخذ المعايير التالية لتحديد هذا النمط :

- ١ - الصداقة مع أمثاله من المنحرفين ممن لهم احتكاك برجال الأمن .
 - ٢ - يتم نشاطه المنحرف أو الحرب مع الجماعة من أمثاله .
 - ٣ - له صلة بعصابات المنحرفين .
 - ٤ - يقوم بدور إيجابى فى الجماعة المنحرفة .
 - ٥ - يقوم بالسرقة مع الجماعة .
 - ٦ - يتردد بالزى الذى يطبع المنحرفين ويتكلم بالطريقة التى يتكلمون بها .
 - ٧ - يتردد على دور اللهو وأحيائها .
 - ٨ - قد يقوم بأى سرقة منفرداً .
- مع ملاحظة أن هذه المعايير مستمدة من الثقافة الغربية وقد لا تنطبق على الحدث المنحرف فى ثقافتنا .

٢ - الاعتدائى الاجتماعى :

يقابل المنحرف المطبع اجتماعيا الحدث الذى يسميه هيويت وجينيكز بالحدث الاعتدائى الاجتماعى ، وتنطبق عليه الأوصاف التى ذكرها رذل ووينمان عن الأحداث الاعتدائيين الممثلين بالكراهية من ذوى الأنا الضعيف .

والمعايير التي تتخذ لتحديد هذا النمط هي :

- ١ - العزلة عن الأصدقاء .
- ٢ - القيام بنشاطه منفرداً .
- ٣ - العجز عن الالتقاء لأي جماعة .
- ٤ - لا يوجد له أصدقاء حميمون .
- ٥ - يتميز بالحبلى والانسحاب .
- ٦ - غير محبوب بين أصدقائه .
- ٧ - لا يتصف بصفات القيادة بينهم .
- ٨ - قد لا يبدو لناظرين نشيطاً .

يضيف واتبرج (١٩٦١) إلى هذين النمطين ثلاثة أنماط هي المنحرف العرضي، والمنحرف العصبي، والنمط المختلط .

٢ - المنحرف العرضي :

يرى واتبرج أن هذا النمط ينحرف ويقبض عليه لارتكابه ما يخالف القانون نتيجة لسوء تقديره للموقف أو لمشاكل اعترضت طريق نموه السوي .
أي أن الحدث يكون عادة سويًا في تكوينه النفسي غير أنه لم يقدر خطورة ما قام به ، ولعله قام بما قام به لأنه رأى كل من حوله يقومون بنفس الفعل ، أو لعله قام به لاعتقاده أن هذا عمل يدل على المجدعة ، . وتكون المخالفة التي يرتكبها مثل هذا المنحرف أحيانًا خطيرة من ناحية نتائجها لا من ناحية القصد فيها . ويضرب واتبرج مثلا على ذلك بمجموعه من الصبيان كانوا يلعبون بالثلج المنساق بقذف كور منه على العربات التي تسير في طريق سريع . فانزعج أحد السائقين ففقد سيطرته على السيارة وأدى ذلك إلى

اصطدام أربع سيارات وذهب بعض الركاب إلى المستشفى . لم يتوقع الصبية ذلك فامتلاوا رعبا ، وزاد الطين بلة أنه تم القبض عليهم بالاضافة إلى وقع الحادث السيء على الآباء . إن مثل هؤلاء الأولاد ربما لا يعودون إلى فعلتهم ثانية أو إلى عمل مشابه .

والنوع الثاني من الانحراف المرضى قيام ولد بعمل وإن كان يعتبر مخالفا للقانون إلا أن أمثاله من الصغار يقومون به دون أن يكتشف أمرهم . وأحسن مثل على ذلك السلوك الجنسي للمراهق . إذا أن كثيرا من السلوك الجنسي الذي قد يتعارض مع القانون تم ممارسته بين فئة الشباب .

ويحاول المراهق الاستقلال عن الأسرة والدخول في مجتمع الكبار . وقد يضطر في سعيه للاستقلال عن المنزل إلى القيام بأعمال ليثبت بها جراته وشجاعته وقد تكون مثل هذه الاعمال بما يعاقب عليها القانون . وإن كانت من الناحية النفسية تعتبر سلوكا عاديا لمثل هذه السن .

٤ - المتحرف العصابي :

يشير واتبرج إلى أن هناك حالات من الانحراف يكون الانحراف فيها نتيجة لصراع يتم التعبير عنه بسلوك منحرف . والمتحرفون من هذا النمط من أبناء الطبقات الممتازة اجتماعيا ولا يمكن أن يعزى انحرافهم إلى الأسباب الاجتماعية المعروفة لفقر أو الجيرة السيئة . . الخ .

وهنا يمكن أن يقال أن الانحراف إنما يعزى لعوامل لا شعورية . ويسوق واتبرج أمثلة ثلاث على ذلك . المثل الأول حين يقوم ولد حسن السمعة والسلوك بسرقة يقبض عليه فيها فيعترف عما يشير هلع الوالدين، غير أن الولد يحس بالراحة

لاعترافه . فهو يسعى للعقوبة لشعوره بالذنب ، ويجدد الباحث المدقق أنه قام بالسرقة مهيئاً الظروف للقبض عليه وكأن العقوبة ترفع عن كاهله عبئاً ليعود إلى السلوك السوى الذى اشتهر به .

والمثل الثانى للشباب الذى قد يتشكك فى رجولته ومقدرته الجنسية ، فيسعى إلى المغامرات الجنسية ليثبت رجولته ، أو للعراك ليثبت قوته أو ما إلى ذلك .

والمثل الثالث للتمطش إلى الحب ، وحب الكبار للطفل يعنى إغداقهم عليه بالهدايا ، فإذا كان من يهيم بهم لا يعطونه هذه الهدايا فليكرههم عليها بسرقتها منهم .

ومن الممكن أن نستطرد فى ضرب أمثلة لا تعد ولا تحصى لهذا النوع من الانحراف .

٥ - النمط المختلط :

ليس من السهل تصنيف السلوك المنحرف طبقاً لآى نمط ، لأن الواقع يبين أن قليلاً من الأفراد يمكن تحديد نمطهم بينا الغالبية قد ينطبق عليها أكثر من نمط ، فقد يوجد بين نمط العصابة من يتصف سلوكه بالاعتداء ، وقد يكون فى هذا النمط المنسحب المزوى الذى يسعد بوصف زملائه له بالمسطول ، لهذا كان التقسيم إلى أنماط تقسيمياً مصطنعاً لا يقصد منه سوى سهولة الدراسة ، لأن السلوك المنحرف كما سبق أن بينا سلوك معقد تتداخل فيه عدة عوامل وتتفاعل ويصعب عزل هذه العوامل عن بعضها . ففى الطفل الواحد قد تلعب عوامل كالدكاء ، والتكوين الجسماني ، والآباء ، والمدرسة والأصدقاء والجيرة دورها فى سلوكه مما يختم دراسة كل حالة على حدة طبقاً لظروفها ، وقد يساعد على هذا الفهم اشتراك

أكثر من متخصص واحد لفهم سلوكه . إذ قد يشترك في ذلك البيت ، والطبيب النفسى ، والاختصاصى الاجتماعى ومن اليهم فى دراسة حالته لفهم هذا السلوك .

التنبؤ بالانحراف او الجناح :

تبذل البلاد الراقية الاموال الطائلة للحد من مشكلة الجنوح والوقاية منها وعلاج الاحداث المنحرفين . ومن أهم وسائل الوقاية اكتشاف الاطفال الذين لديهم النزعة إلى الانحراف فى سن مبكرة فمن الثابت أن الحادثة الاولى التى تودى إلى القبض على الحدث يسبقها عادة تاريخ طويل من الاضطراب وعدم التكيف . لذا تصرف الاموال على برامج الوقاية التى تعمل على اكتشاف العوامل التى تودى إلى الانحراف سواء فى شخصية الطفل أو فى البيئة التى يتفاعل معها على أساس أنه إذا كان من الممكن التنبؤ بالسلوك ومعرفة أن شخصا معينا بالذات عنده نزعات خاصة سيسلك سلوكا بعينه فى موقف معين ، يمكننا بسهولة أن نتحكم فى كل من الموقف والسلوك . وهذا المبدأ هو الذى تقوم عليه معظم الدراسات التى ترمى إلى الوقاية عن طريق اكتشاف الاطفال الذين لديهم الاستعداد للانحراف . والطريقة الاحصائية التى تتبع فى الكشف عن العوامل التى تهىء للانحراف فى هذه الدراسات هى مقارنة الجانبين بغير الجانبين . وليس المقصود هو إيجاد علاقة بين نتائج وأسباب ، وإنما الغرض هو بيان ما إذا كان أحد الفريقين يتميز عن الآخر بعدة عوامل ، مما يودى إلى احتمال الانحراف من عدمه . فالجنوح عرض لا مرض . ويدل هذا العرض على عدم التكيف . وعدم التكيف لا يظهر ولید ساعته ، إنما يسبقه عادة تاريخ طويل من الاضطراب الذى يعمده . فقد وجد جلوك وجلوك أن بدء الانحراف ظهر حوالى سن السابعة أو دون ذلك فى حوالى ٤٨ ٪ من المنحرفين فى بحثها ، وفيما بين الثامنة والعاشرة فى حوالى ٣٩ ٪

أى أن حوالى ٩٠٪ من المجموعة كلها ظهرت عليها بوادر الانحراف قبل السن التى يبدأ الأولاد فيها إلتحاقهم إلى جماعات منظمة . وقد وجد هيل وبرونر (١٩٢٦) فى دراستها تحت إشراف جامعة ييل نتائج مشابهة .

ويمكن الآباء الذين يهتم مستقبل أبنائهم فى العادة من إكتشاف الأعراض الأولى للانحراف فيما يعترى الأطفال من ثورات إنفعالية ، وتقلب فى المزاج ، وقضم الأظافر ، والتبول اللاإرادى ، والكذب ، والانزواء ، وما إلى ذلك مما قد يكون بادرة لما هو أخطر من ذلك وأدهى .

أما إذا كان الطفل فى المدرسة فمن الأعراض التى يمكن ملاحظتها الهرب ، وعدم الطاعة ، وتحدى سلطة المدرس وسلطة المدرسة ، والترشق بالالفاظ النابية والتدخين ، والاندماج فى عصابات للشجار وما إلى ذلك . إذ كلها أعراض تنذر بالانحراف الذى قد يسير الطفل فى طريقه .

وفى إحدى الدراسات (١٩٤٩) التى استخدمت فيها مثل هذه الأعراض طلب من المدرسين التنبؤ بما سينتهى إليه أمر مائة ولد من تلاميذهم فى سن ما بين التاسعة والعاشرة بعد عشر سنين . وقد تشابهت أحكام المدرسين مع أحكام الاختصاصيين . إذ صدق المدرسون فى ٧٧٪ من الحالات ، بينما صدق الاختصاصيون فى ٧٨٪ . فقد وجد أن التلاميذ قد جنحوا فعلا خلال هذه المدة . إلا أنه يجب أن نلاحظ أن عدداً من توفرت فيهم شروط الاستعداد للجنوح لم يجنحوا فعلا ، وفى هذا تحذير لنا لى لا ندمغ الطفل بطابع معين بعزله عن بقية زملائه وكأنه يختلف عنهم . فإ الجنوح إلا عرض واحد من الأعراض التى تستج من الأعراض .

وتتعدد الطرق التى يمكن بها التنبؤ باحتمال الجنوح ، وكل طريقة تعكس فلسفة واضحة ، إلا أن هذه الطرق يتشابه بعضها مع بعض . ولا يسمع المجال بأن نلخص كل الطرق التى تستعمل للتنبؤ به .

معاملة الاحداث المنحرفين

كان التقايد المتبع حتى أواخر القرن الثامن عشر هو وضع الاحداث المنحرفين مع المذنبين الكبار في سجن واحد . والواقع أن السجون كانت تضم عناصر مختلفة من المجرمين والمرضى بأمراض عقلية وذوى العاهات من مختلف الاعمار بل ومن الجنسين وفي مكان واحد . وفي سنة ١٧٨٨ أخذت جمعية لندن الخيرية في الاهتمام بالانحراف ، ويعزى اليها الفضل في تأسيس أول ملجأ في العالم للمنحرفين « الذين يرغبون في التخلي عن الطرق المعوجة وتعلم طريقة للكسب شريفة » . وفي سنة ١٨١٧ أنشأت الدائرة القضائية في وارويك أول مؤسسة للاحداث المنحرفين . وفي سنة ١٨٢٨ أصدر البرلمان الانجليزي قانونا بإنشاء مؤسسات لرعاية المنحرفين خلقيا والمشردين من البنين والبنات ، وإنشاء سجن للاحداث على جزيرة وايت . وفي سنة ١٨٥٧ صدر قانون المدارس الصناعية الذي يسمح بالحاق الاطفال المنحرفين في مدارس صناعية خاصة أو بإبقائهم في منازلهم .

أما في أمريكا فقد تمكنت جمعية اصلاح الاحداث المنحرفين من إنشاء أول مؤسسة للاحداث في سنة ١٨٢٥ في نيويورك . ثم أنشئت مؤسسات مثيلة في بوسطن وفلادلفيا . ثم أخذت الولايات الأخرى في إنشاء مؤسسات مماثلة للبنين والبنات . وكانت بعض الدول الأوربية تأسس مؤسسات بالمثل في نفس الوقت ، وكانت هذه المؤسسات تسمى بالاصلاحيات ومدارس التأهيل ومدارس المنحرفين ، ومدارس التدريب والمؤسسات العلاجية ... الخ .

وقد أدت الثورة ضد تطبيق القوانين الجنائية الخاسرة بالكبار على الاحداث وضرورة معاملة الاحداث المنحرفين معاملة خاصة إلى تأسيس أول محكمة

للأحداث في مدينة شيكاغو سنة ١٨٨٩ ومنذ ذلك الوقت أخذت حركة انشاء محاكم ومؤسسات خاصة للأحداث في الانتشار في كثير من بلاد العالم . والمبدأ الذى تقوم عليه هذه الحركة هو حاجة الأحداث المنحرفين إلى الحماية والرعاية والعلاج دون العقاب ، يبرر ذلك الإهمال الذى يتعرض له كثير من الأطفال ، وحاجة الأطفال إلى الاعتماد على الكبار ، وقسوة القوانين الجنائية التى تقوم على العقوبة والانتقام .

ولقد أنشئت أول محكمة للأحداث في مصر في عام ١٩٠٥ فى كل من القاهرة والاسكندرية وأنشئت نيابة خاصة للأحداث فى عام ١٩٢١ فى هاتين البلديتين ومنذ صدور التشريعات الخاصة بالأحداث الجانحين فى عام ١٨٨٢ تعرضت هذه التشريعات للتطوير والتغيير فى سنة ١٩٠٤ ، ١٩٢٧ ، ١٩٥٠ وقد استعرض الدكتور سيد عويس^(١) فى البحث الذى قدمه فى الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة فى يناير ١٩٦٣ تطور التشريعات المصرية الخاصة بالأحداث المنحرفين والمشردين فى معرض حديثة عن نظام الاختبار القضائى . وسنعود إلى هذا البحث ثانية فى حديثنا عن معاملة الأحداث فى مصر .

وإن كانت مؤسسات الأحداث فى بلاد العالم المختلفة قد طورت وأدخلت على برامجها التعديلات والتحسينات إلا أنه يوجد كثير من الانتقادات التى توجه إليها مثل :

(١) دكتور سيد عويس: تطبيق نظام الاختبار القضائى على الأحداث فى مصر أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة . القاهرة يناير ١٩٦٣ . من منشورات المركز القومي للبحوث الإجتماعية والجنائية .

١ - يودع الاحداث في المؤسسات لسلوكهم المنحرف بعد فشل الاسرة والمدرسة وغيرهما من التنظيمات الاجتماعية في علاج الحدث . ولا يوجد منطق يبرر إمكانية نجاح المؤسسات فيما عجز فيه الغير .

٢ - تهيم المؤسسات للحدث في العادة بيئة أو ثقافة منحرفة . إذ يحشد فيها مئات من الاطفال يختلفون في شخصياتهم ومستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية ، ويكره الاحداث على توطيد علاقاتهم ببعض نتيجة للاتصال المباشر والتفاعل وجها لوجه . وهناك ما يدل على أن كثيراً من الاحداث يخرجون من المؤسسات بعد أن أصبحوا أسوأ مما كانوا عليه عند بدء دخولهم فيها . ويؤكد ذلك إرتفاع نسبة العود في كثير من المؤسسات .

٣ - لما كان كل طفل يختلف عن الآخر في تكوين شخصيته وظروفه الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والظروف التي أدت إلى الانحراف تسادى الاتجاهات الحديثة بتفريد العلاج والمعاملة . ولما كانت المؤسسات تعاني من الازدحام والافتقار إلى الموارد الهادية والبشرية والفنية ، تفتقر المؤسسات بالتالي إلى السبل التي تمكنها من تفريد العلاج . وقد بينت الاحصائيات التي نشرها قسم الصحة والتربية والرعاية في الولايات المتحدة عن مؤسسات الاحداث المنحرفين في سنة ١٩٥٨ أن كل أربع مؤسسات من عشرة تعاني من الازدحام . أما فيما يختص بالمؤسسات في الولايات فالنسبة أعلى . إذ يوجد الازدحام في خمس من عشر مؤسسات ، وأن المؤسسات التي يقل فيها العدد عن ١٥٠ حدثاً هي المؤسسات التي تتميز بأقل نسبة من العود ، وترتفع النسبة كلما زاد عدد الاحداث في المؤسسة .

٤ - على الرغم من أننا نعرف الكثير عن العوامل السببية توجد صعوبة

في تصميم البرامج العلاجية في المؤسسات على أسس من هذه العوامل . فإذا كانت معظم المؤسسات تتفق على أهداف التأهيل غير أن هذه الأهداف تصاغ بشكل مجرد في شكل شعارات لا تعرف المؤسسات الطرق السليمة لتحقيقها . لهذا نجد البرامج تختلف من مؤسسة لأخرى في نفس البلد وفي نفس المدينة . إذ تتوقف البرامج على مدى ما تراه إدارة المؤسسة صوابا أو صالحا . لذلك نلاحظ الاضطراب والخلط وعدم الاضطراد والتذبذب في السبل الموصلة لتحقيق من الأهداف . ولعل أحسن مثل على الخلط والاضطراب مما نلاحظه إختلاف الآراء حول تطبيق العقوبات البدنية إذ أن هناك من ينادى بضرورة تطبيق العقوبات البدنية ، وهناك من يمارسها فعلا في المؤسسات رسميا أو بشكل غير رسمي ويرى المناصرون مبدأ تطبيق العقوبات البدنية أن لها فائدتها في إصلاح السلوك المنحرف غير أن الخبرة والبحث العلمي قد بينا عكس ذلك . فبدراسة هذا الموضوع من جميع جوانبه أشارت اللجنة التنفيذية بجمعية الصحة العقلية الوطنية الانجليزية في تقريرها الذي رفعته إلى اللجنة الاستشارية (١٩٦٠) بعدم العودة إلى التصريح بالعقوبات البدنية رسميا مع الأحداث المنحرفين إذ أعتبر التصريح بالعقوبات البدنية نكسة إلى الوراء وذلك في ضوء البيانات الاحصائية التي تؤكد خطرها كعقوب للبحث والطرق السليمة للإصلاح .

وقد ناقش المؤتمر الثاني للوقاية من الجريمة الذي عقدته الأمم المتحدة في لندن سنة ١٩٦٠ نفس هذا المبدأ وأشار بضرورة إستبعاده تماما وفي أى صورة من الصور . وهناك أنواع أخرى من العقوبات التي تمارس والتي تعتبر رجعية ولها أثرها الضار . ففي المؤسسات البولندية للأحداث التي زارها المؤلف في عام ١٩٦٣ والتي تعتبر من أحسن المؤسسات في العالم لبرامجها التقدمية يوجد في كل

مؤسسة حجرات للحبس الانفرادى يحكم على معتادى الهروب من المؤسسة أو النزلاء المشكلين بالاقامة فيها لمدة ١٥ يوماً حيث لا يعد الحدث إلا بمقعد وسطل لقضاء الحاجة بالنهار ومرتبة ينام عليها بالليل . ولا يعطى للحدث ماء الشرب إلا عند الطلب . ويدعى المسئولون في هذه المؤسسات أن لهذه العقوبة أثرها الفعال في الإصلاح . وهناك عقوبة أخرى تمارس مع الفتيات هي حلق الشعر . ولا شك أنها عقوبة قاسية للفتاة إذ تفقد بها أعز ما يرمز إلى أنوثتها .

هـ - يعنى الايداع في مؤسسة الحرمان من الحرية والحرمان من التفاعل مع المجتمع الخارجى . ويقوم هذا الحرمان على التسليم بأنه يسهل فهم الفرد وتأهيله بعيداً عن البيئة والنطاق الثقافى الذى فشل فى التكيف لها . وقد ثبت خطأ هذا التسليم . فاذا كان الحدث سيعود إلى المجتمع ثانية بعد عزله فلا بد أن يتعلم كيف يحل مشكلاته فى نفس هذا المجتمع وليس بمنزل عنه . لذلك نرى أن من الاتجاهات الحديثة فى إنشاء المؤسسات أن تقام فى البيئات المحلية ، وأن تتبع نظام البساتن المفتوح . إذ يسمح ذلك بأن يقوم الاحداث بنشاطهم البناء فى البيئة التى تسعهم إمكانياتها بالقيام بهذا النشاط تحت إشراف مباشر . فالهدف تربية الحدث اجتماعياً ، وتعليمه كيف يعيش مع الآخرين على أساس من التعاون . لذلك يجب تنظيم الحواجز المقامة بين المؤسسة والبيئة .

لهذا نجد أن الايداع فى المؤسسات ليس هو الطريق المثالى للاصلاح ، وأن المؤسسات لا تتوفر فيها دائماً البيئة الصالحة للعلاج . لهذا يجب إعادة النظر فى البرامج السائدة والسياسة المتبعة .

الاتجاهات الحديثة فى معاملة الأحداث :

تتجه الجهود الحالية فى معاملة الاحداث المتحررين فى اتجاهات ثلاث هي :

أ - الوقاية . ب - العلاج دون الايداع في المؤسسات أى خارج المؤسسات .
ج - الارتفاع بمستوى المؤسسات الموجودة ومراعاة شروط معينة في إنشاء
المؤسسات الحديثة .

١ - الوقاية :

يقول لويزراى أن الجهود تتجه في معظم الدول إلى علاج الانحراف الأحداث
دون الوقاية ، ويعزى ذلك إلى سببين أحدهما أن برامج العلاج في معظم الحالات
تقوم على التسليم بأنه إذا ما تم اكتشاف السبب يمكن التغلب عليه . وهذا تسليم
خاطئ لأنه لا يمكن عزل أسباب الجناح بهذه السهولة . وثانيها التفكير بأنه إذا
أمكننا تعميم طرق العلاج أمكننا أن نبني السياسة الوقائية والبرامج الوقائية على
هذه الطرق .

ولما كان لويزراى يعتقد أن الجريمة أبدية وأتأما بها بذلتا من جهود لن
نقضى عليها ولكن يمكننا التخفيف من حدتها ، كما يعتقد بأن المعلومات
التي لدينا عن الأسباب أصبحت كثيرة ، يجب أن تتجه أكبر الجهود إلى الوقاية
وأقلها إلى العلاج خاصة وأن معظم البحوث تفيض بما يمكن أن يقال عن العلاج
لا الوقاية .

ويرى أن برامج الوقاية يجب أن تتجه إلى تعديل الاتجاهات النفسية الفردية
والجماعية . وإذا كان علينا أن نواصل البحث في أسباب الانحراف ، يجب ألا
تقوم البرامج الوقائية على معرفتنا للأسباب وحدها لأن هذا لن يكفي ، لأن هناك
كثيراً من الأسباب نعجز عن القيام تجاهها بأى عمل . إذ ماذا يفعل الاختصاصي
الاجتماعي أو القاضي لعلاج النقص في التربية ، أو الفقر أو الظروف المعيشية
السيئة وما إليها . فالأولى أن توجه الجهود إلى الاتجاهات النفسية الفردية والجماعية .

فالاتجاهات يتم اكتسابها بالخبرة وتكون تدريجياً خلال حياة الفرد ، وتكون شعوريا أو لا شعوريا أحكامنا عن القيم الاجتماعية ، ويكون العمل عن طريق الأسرة ، والمدرسة ، والعمل ، والتنسيق بين الاتجاهات في السياسة الاقتصادية والاجتماعية والصناعية .

ونحن وإن كنا نتفق مع لوبيزراى في بعض آرائه ، غير أننا لا نتفق معه على أن يكون الاهتمام بالوقاية على حساب العلاج ، لأننا حتى الآن ورغم معرفتنا لكثير من العوامل التى تؤدى إلى الانحراف لم تتمكن من الارتقاء بالبرامج العلاجية إلى المستوى الذى يعطينا أحسن النتائج . كما أن نظرتنا إلى الاهتمام بتغيير الاتجاهات الفردية والجماعية تمثل النظرة القديمة التى كانت سائدة عن العلاج النفسى . إذ كان ينظر إلى العلاج النفسى على أنه محطة للإصلاح على جانب الطريق الوعر للحياة يلجأ إليها الفرد لإصلاح العطب الذى يحل به ليعود للطريق الوعر ثانية . ولكن الخبرة والتجربة قد بينت أن فائدة العلاج لا تتم إذا كان على الفرد أن يعود ثانية إلى نفس البيئة المليئة بالمشاكل التى كانت سببا فى مشاكله . ومن هنا وجد أن الضرورة تحتم أنه بالإضافة إلى تغيير الفرد واتجاهاته بالعلاج أن يتم تغيير فى البيئة التى يعود إليها بالتخفيف من حدة العوامل التى كانت سببا فى إضرابه . ومن هنا جاء دور الاختصاصى الاجتماعى . ويمكن الاختصاصى الاجتماعى بفنه وخبرته أن يعمل الكثير لإزاء النقص فى التربية ، والفقر ، والظروف المعيشية السيئة وما إليها التى يرى لوبيزراى أنه لن يتمكن من عمل أى شئ . إزاءها .

وإذا كان لإبرامج الوقائية أن تتجح فلا بد أن تقوم على الجهود الجماعية للمواطنين فى البيئات المحلية . وإذا كنا نحاول الآن فى مصر تنظيم القيادات الشعبية

على النطاق المحلى لتحريك قوى الشعب وامكانياته لخير الافراد والجماعة ، فهذا يمثل الخطوة الاولى نحو تكوين البرامج الوقائية التى تمد الامرة بالخدمات اللازمة وتشاركها باستغلال فاعليتها لرفع مستواها والتغلب على مشاكلها فى نطاق العمل الجماعى . فالجريمة والانحراف نتائج للحياة فى الجماعة . لذلك يجب أن ينظم الشباب فى جماعات تشبع لهم حاجاتهم . والبرامج الجماعية التابعة عن حاجات الجماعات على المستوى المحلى هى التى سوف تهوئ توفير الطمأنينة ، والمركز ، والترويح ، والتربية ، والصحة وغيرها من الخدمات لجميع الافراد من المهد إلى اللحد ، والقيادات الشعبية الناجحة هى التى تستطيع التنسيق بين الخدمات التى تقدمها الهيئات المختلفة فى البيئة المحيية كالمدارس والاندية والمستشفيات والجمعيات وما إليها للتغلب على كل الظروف المهيئة للانحراف .

ويجب أن توجه التربية فى المدارس إلى تعليم الشباب النظام ، والقيم الخاقية ، وتحمل المسئولية الاجتماعية . ومن أبسط مبادئ التربية أن الفرد لا يتعلم إلا بالممارسة . وإذا نجحت التنظيمات الطلابية فى المدارس فى جميع مستويات التعليم ، فلن يكون ذلك إلا بممارسة الشباب الفعلية للنشاطات المختلفة فى هذه التنظيمات .

ومن الاتجاهات الناجحة فى الوقاية القدرة على اكتشاف من لديهم الاستعداد للجروح مبكراً ، فتيماً لهم الخدمات التى قد تغير من السير فى طريق الانحراف .

ب - العلاج دون ابداع فى المؤسسات :

تنوع الطرق التى يستعاض بها عن الابداع فى المؤسسات . من ذلك الاختبار القضائى ، والابداع فى أسر بديلة ، أو معسكرات التأهيل ، وما إليها . وستكلم

هنا عن نظام لمراقبة أو الاختبار القضائي . يقول الدكتور سيد عويس في بحثه الذي سبق أن أشرنا إليه ، « إنه ترجمة للمصطلح الانجليزي Probation إلى اللغة العربية . ولكن يلاحظ أن استخدام هذا المصطلح العربي غير شائع في مصر . والترجمة العربية الشائعة له تستخدم مصطلح « نظام المراقبة الاجتماعية بالمحاكم ، الذي يطلق عليه على سبيل الاختصار نظام المراقبة الاجتماعية » . وقد تمت الموافقة على استخدام مصطلح (نظام المراقبة الاجتماعية بالمحاكم) بناء على توصية من حلقة الدراسات الاجتماعية للدول العربية التي عقدت بقصر اليونسكو بمدينة بيروت في عام ١٩٤٩ ...

ويقضى الاختبار القضائي بوضع المحكوم عليه إذا كان الأمل في إصلاحه مائلا ، بدل سجنه ، تحت الاختبار ، لفترة يكون المحكوم عليه في أثنائها تحت نوع من الاشراف من جانب المحكمة خاضعا لبعض القيود الواردة على حريته بغير سلبها منه كلية وبغير حرمانه من عمله ، وبغير حرمان أسرته منه (١) .

وقد استعرض الدكتور سيد عويس تطور الاختبار القضائي في مصر بالنسبة للأحداث المنحرفين ونشاط مكتب الخدمة الاجتماعية لمحكمة الأحداث من سنة ١٩٤٠ - ١٩٥٤ ، والاتحاد العام لرعاية الأحداث وإسهام هاتين الهيئتين وغيرهما في تطوير هذا النظام . مقارنة النظام المتبع في مصر بالنظام الانجليزي الفرنسي والأمريكي .

ويخلص الخدمات التي تقدم للأحداث الموضوعين تحت المراقبة فيما يلي :

(٢) دكتور احمد محمد خليفة . اعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة للجمهورية العربية المتحدة القاهرة يناير ١٩٦٢ ص (٢٠) من مطبوعات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناية .

١ - تشغيل العاملين منهم كل في أنسب المهن له وبالتالي رفع مستواهم المادى .

٢ - العناية الطبية بالحدث وذويه .

٣ - حماية الحدث من (البلطجية) وقرناء السوء ويستعان في ذلك برجال الأمن .

٤ - معاونة الحدث وذويه على حل مشاكلهم المختلفة واصلاح بيئتهم وحياتهم الاجتماعية .

٥ - نقل الحدث من بيئته إذا تعذر اصلاحها ، كأن يعهد به مثلاً إلى بعض الصالحين من ذوى قرباه

٦ - الاشراف على تعليم الحدث وتنظيم أوقات فراغه ، ورسم خطة له في الحياة يسير عليها وتحديد أهداف سامية يرمى اليها .

والعلاج يجرى في بيئته الحدث نفسها في أغلب الأحيان ، ويحاول المراقب الاجتماعى فيما يحاول الاصلاح ما يحتاج إلى اصلاح منها . وقد يرى نقل أسرة الحدث من حى إلى آخر ، أو ينصح بالحاق الحدث بأحد الأندية الشعبية أو باحدى المحلات أو باحدى المدارس الليلية .

ج - المؤسسات الحديثة :

يمكننا أن نلخص الاتجاهات الحديثة في سياسة مؤسسات الابداع فيما يلى :

١ - انشاء المؤسسات الصغيرة فى الأحياء الحضرية لتحل محل المؤسسات الكبيرة التى كانت توضع خارج المدينة على ألا يزيد عدد النزلاء فى المؤسسة عن ١٥٠ حدثاً ولا يزيد العدد فى مؤسسات كثيرة فى السويد عن ٥٠ فقط .

٢ - اعتبار المؤسسة عنصراً واحداً من العناصر الممهدة للعلاج . إذ

يجب أن تشترك القادة في البيئة المحلية في العلاج بتيسير التسهيلات والبرامج المساعدة على العلاج . وتتبع المؤسسات سياسة الباب المفتوح حتى تتوطد العلاقة بين المؤسسة والبيئة التي تعمل فيها . وتعنى سياسة الباب المفتوح فتح المؤسسة لأعضاء المجتمع ليطلعوا على نشاطها ويسهموا في برامجها ويتكئون لديهم الاهتمام بما تقوم به المؤسسة من نشاط . ولا بد أن يؤدي هذا إلى اجتذاب القادة لمساندة المؤسسة في رسالتها ، كما تعنى خروج الزلاء إلى البيئة لمزاولة نشاطهم في العمل وتقضية وقت الفراغ والتفاعل مع المجتمع الخارجى .

٣ - تقديم برامج التدريب المهنى مما يؤدي إلى إكتساب الأحداث المهارات المهنية داخل المؤسسة وخارجها . ويلخص كوهين الفوائد التي تعود على الأحداث من التدريب المهنى خارج المؤسسة فيما يلى :

أ - تجريب الحدث فى أكثر من عمل وفى أكثر من مجال ، فتتنوع الخبرات التي يكتسبها .

ب - تجريب الحدث باتاحة الفرصة لتقوية، فى كيفية الحياة فى مواقف خارج المؤسسة .

ج - تقوية عود الحدث بمقتضاته فترة خارج المؤسسة يتمكن فيها من إختبار الواقع ومعرفة ماهر متوقع منه ، ومعرفة مستواه المهنى والادائى فى العمل .

د - إتاحة الفرصة لجمع الاجر والتدريب على توفير المال والقدرة على التصرف فيه بحكمة .

هـ - إكتساب الخبرة فى استغلال امكانيات البيئة كالمواصلات ، وأما كن تقضية وقت الفراغ، ومعرفة المؤسسات التي تمدد بالخدمات، والتعامل معها كما يتعامل غيره من الأفراد الأسوياء .

٤ - تفريد العلاج : إذ يجب أن تكون هناك مادة كاملة عن حالة الحدث وتاريخ حياته . وتوضع خطة للعلاج تناسب تكوين شخصيته .

٥ - الدقة في إختيار الاختصاصيين الذين يتعاملون مع الحدث . وقد أكد مؤتمر الوقاية من الجريمة الذي عقد في لندن سنة ١٩٦٠ ضرورة العناية باختيار الأفراد العاملين في المؤسسات على ألا يقوم الاختيار على المؤهلات العلمية وحدها ، بل يجب أن يؤخذ في الاعتبار السمات الشخصية المؤهلة للعمل مع مثل هؤلاء الأحداث .

الاختيار للايداع في المؤسسات :

من من الأحداث المنحرفين يجب إيداعهم في المؤسسات؟ للإجابة على هذا السؤال نسوق بعض المعايير التي يجب الإهتمام بها .

١ - سبق لنا أن ذكرنا أن إنحراف الأحداث في دول كثيرة يتسع ليشمل كل مظاهر سلوك الأحداث تقريبا ، مثل عدم الطاعة ، والعناد ، وعدم إحترام الآخرين ، والمروق ، والتدخين ، وأجمع عقاب السجائر ... الخ . ويضم هؤلاء جميعا مع المنحرفين الحقيقيين لعدم وجود المؤسسات أو الخدمات الكافية، ولعدم وجود سياسة لمعاملة كل فئة على حدة ، إذ كل من يعتبر غير متكيف مع بيئته يرسل إلى المؤسسات . علما بأن عدم التكيف والانحراف أمران مختلفان . لذلك يجب إعتبار الأحداث المنحرفين من وجهة النظر الاجتماعية مجموعة تكون مشكلة تختلف عن مشكلة أولئك الذين يحتاجون للرعاية والحماية عن طريق الخدمات الاجتماعية والعقلية والصحية وغيرها من خدمات الرعاية . إذ يجب علاج كل من التوهمين لأن كلا منها يحتاج للرعاية والمساعدة . لهذا يجب أن يستبدل كل تشريع يعتبر المنحرفين وغير المتوافقين فئة واحدة بتشريع يفرق بينهما وإذا كان

ولابد من إبداع أفراد الفئة الأولى في المؤسسات فالأمر يختلف مع أفراد الفئة الثانية . أما إذا كان ولا بد من إبداعهم أيضا فلتكن لهم مؤسساتهم الخاصة . ويتبع ذلك قصر مصطلح الأحداث المنحرفين على أولئك الذين يقتربون فعلا يعاقب عليه القانون إذا ما ارتكبه شخص بالغ . كما نادى بذلك مؤتمر الوقاية من الجريمة في لندن ١٩٦٠ الذي سبق أن اشرنا إليه .

٢ - يجب لكي يكون للعلاج أثره عدم الإستغناء عن أى طريقة أو مجموعة طرق توصل إلى الهدف ، ويتطلب ذلك إستخدام كل الإمكانيات والهيئات الموجودة في البيئة والتي تسمح للحدث بأن يكون حراً خارج المؤسسة بدلا من إبداعه فيها ، أما إذا كان الإبداع أمراً حتمياً فلتتبع المؤسسة سياسة الباب المفتوح أو شبه المفتوح كلما كان ذلك ممكنا .

٣ - وهناك مشكلة يتناولها الإخصائيون بالمناقشة والبحث والتمحيص هي طول مدة الإبداع . وهل تحدد مدة الإبداع أم تترك مفتوحة . ويشير المؤتمر سالف الذكر بأنه يستحسن أن تحدد فترة العلاج منذ البداية لأن المنحرفين البالغين والأحداث يستجيبون إيجابيا حين يكون لديهم فكرة تقريبية عن طول المدة التي سيقضونها .

في ضوء هذه الاعتبارات السابقة ، وفي ضوء التعريف القانوني للانحراف نرى أن كثيراً من مشكلات السلوك ، على الرغم من حاجتها للعلاج ، لا تدخل في نطاق إنحراف الأحداث . إنها هي مظاهر سلوكية تدل على عدم التكيف ولا تحتاج للإبداع في المؤسسات إنها يجب أن يترك أمرها للهيئات التي تقوم بالرعاية الموجودة في البيئة :

وقد سبق لنا أن بينا في صفحات سابقة أنماط المنحرفين ، وعرفنا أنه من بين

هذه الأنماط يوجد النمط العرضي ، ولا يحتاج هذا النمط أيضا للايداع . إذ أن المتعرف العرضي هو في الواقع حدث سوى من وجهة النظر النفسية وإن كان القبض عليه يتم لإقترافه عملا يعاقب عليه القانون . إن مشكلات هذا النمط يمكن النظر إليها على أنها مشكلات تحدثها مرحلة النمو التي يمر بها الحدث وغالبا ما يقترب الحدث الفعل دون دراية بمدى خطورته .

أما النمط الإعتدائي غير الإجتماعي والذي ينطبق غالبا على الصبية والذي يتميز بالعدوان وعدم القدرة على تحمل الإحباط ، فيتطلب علاجاً خاصاً قد لا يتوفر خارج المؤسسات ، كما ثبت أن المؤسسات المعادية تفشل في علاج هذا النوع ، لذلك يجب أن تهيأ لهم مؤسسات خاصة ذات بيئة علاجية خاصة .

أما المرضى بأمراض عقلية أو بالضعف العقلي فيحولون في العادة إلى مستشفيات الأمراض العقلية أو المؤسسات الخاصة بضعاف العقول .

والاتجاه الحديث في كثير من البلاد هو تسليم الحدث دون العاشرة من العمر إلى ولي الأمر أو الأسرة مع تطبيق نظام الاختبار القضائي . أما الأحداث فيما بين العاشرة والثالثة عشرة فيودعون في مدارس داخلية . وهذا هو ما رآه الكاتب متبعاً في برلندا الاشتراكية . أما في البلاد الاسكندنافية فلا يعتبر الحدث دون الخامسة عشرة مسئولاً وبالتالي لا يودع في المؤسسات .

فإذا لم يسلم الحدث إلى أهله أو ولي أمره ، وإذا لم يودع في مدرسة خاصة أو يحول إلى المستشفى أو مؤسسات الضعف العقلي فإنه يودع في العادة في إصلاحية من الإصلاحيات ، والإصلاحية هي النوع السائد من المؤسسات للأحداث المتحرفين .

إجراءات معاملة الأحداث المنحرفين:

إن مشكلة الأحداث المنحرفين مشكلة تحتاج إلى مجهود تعاوني تقاسفي يشترك فيه الآباء ، والمدرسة ، والقضاء ، والبوليس ، والمؤسسات الاجتماعية ، ورجال الدين ، والهيئات المحلية والدولة . فالحدث المنحرف يتطلب معاملة خاصة تختلف عن معاملة الكبار أو المجرم العادي ، لذلك استخدمت العيادات النفسية ، وأدخلت نظم التوجيه بالمدارس ، كما انشئت المدارس الخاصة بالمنحرفين ، ووضعت البرامج الخاصة في الأندية والساحات للأحداث ، كما تنبأت معظم الدول إلى ضرورة إنشاء محاكم خاصة بهم . ويلخص لوبيزراي في محاضراته بأن الهيئات التشريعية الخاصة بالأحداث لها أشكال ثلاثة هي :

١ - وجود محاكم خاصة للأحداث .

٢ - تنظيم مجالس لرعاية الأحداث كما في البلاد الإسكندنافية .

٣ - الربط بين محاكم الأحداث وسلطات الرعاية الاجتماعية .

أما البلاد التي توجد فيها محاكم للأحداث فتشكل هذه المحاكم على وجه من الوجوه الثلاثة التالية .

١ - محاكم خاصة لا تتناول إلا مشاكل الأحداث .

٢ - محاكم الأحوال الخاصة ولا تتناول إلا شئون الأسرة والأحداث على اعتبار أن مشاكل الأسرة والأحداث مشتركة .

٣ - محكمة الأحداث تابعة لمحاكم الجنايات . وتوجد في البلاد التي يكلفها إنشاء محاكم خاصة للأحداث أموالاً طائلة .

فإذا ما تم القبض على المحدث يحجز في قسم البوليس ، وغالباً بمصزل عن

الكبار ، أو يودع مؤقتا في منزل خاص تشرف عليه هيئات الأمن . وتوجد مثل هذه البيوتات في كل مدينة كبيرة في بولندا ، وتعتبر من أحسن المؤسسات للايداع المؤقت . والمفروض ألا يقيم فيها الحدث مدة أطول من ٤٨ ساعة إما أن يفرج عنه بعدها أو يودع في دار من دور الملاحظة وفقا لما يقرره القاضى أو السلطات المعنية .

وفي مصر ، كما في غيرها من البلدان التي يوجد فيها محاكم للاحداث يحال الحدث إلى دار من دور الملاحظة التابعة إما لوزارة الشؤون الاجتماعية أو التي تديرها الجمعيات الأهلية ، فيعهد به إلى أحد الإخصائيين الاجتماعيين الذي يقوم بدراسة حالته في فترة محددة ، هي ثلاثة أشهر في المتوسط يتم أثناءها جمع مادة الحالة عن الحدث من أسرته ومن المدرسة والجيرة وغيرها من المصادر ، ويرفق بدراسة الحالة تقرير طبي وتقرير نفسى . فإذا ما تمت الدراسة يحول الحدث إلى المحكمة مع توصيات الإخصائى الاجتماعى بالعلاج الذى يجب أن يتبع وتتم محاكمة الحدث في جلسة مغلقة لا يحضرها سوى الآباء والاختصاصى الاجتماعى والقاضى ووكيل النيابة . وقد يحضر المحامون فى صفة الحدث وأهله . ويحال الحدث إلى مؤسسة إذا لم يكن هناك أى سبيل آخر للعلاج . وتستمر الإقامة فى المؤسسة ما بين ستة أشهر وستين ومن الممكن أن تطول المدة أكثر من ذلك .

ومما يساعد على تسهيل مهمة القضاء ما يلى :

١ - أن يتضمن التقرير الذى يقدمه الاختصاصى الاجتماعى تقويا لشخصية

الحدث بنواحى القوة ونواحى الضعف فيها .

٢ - أن تنوع المؤسسات التي يمكن إحالة الحدث إليها ، وأن تنوع البرامج العلاجية حتى يمكن تحويل الحدث إلى المؤسسة المناسبة أو تهيئة البرنامج المناسب الذي يتفق وحاجاته ومشكلته وسنه .

للعاملة داخل المؤسسات:

تقوم سياسة الإصلاح على التسليم بأن الجريمة سلوك مضاد للمجتمع وأن الوقاية والإصلاح يهدفان إلى إعادة المجرم في المجتمع ثانية بعد إصلاحه . لذلك يجب أن تهيأ بيئة المؤسسة للعلاج والتأهيل ، وأن تكون فيها الخدمات الضرورية التي تساعد على إعادة التكيف للمجتمع الخارجي ، لذلك يجب أن تنظم بيئة المؤسسة تنظيمياً يسمح للحدث بخبرات تبين له أن فكرته عن العالم وعن المجتمع مشبعة بالخطأ ، وأن المجتمع على استعداد لتقبله ومساعدته على أن يساغد نفسه .

لذلك يجب أن يكون الهدف الأول في تأهيل أى حدث منحرف هو تعديل حاجاته الداخلية وتعليمه كيف يضبط التحكم في إنفعالاته . يتطلب ذلك أن تكون البرامج في المؤسسات غنية بالخبرات التي تشبع الحاجات المشروعة كالطعام والراحة بالإضافة إلى إشباع العلاقات الاجتماعية المتبادلة . وإكتساب الخبرات بشكل تدريجي ، مع وجود قرائن للراحة والإسترخاء . كما يجب أن تتضمن البرامج الخدمات الخاصة بالتقويم الفردي ، والتعليم المدرسي ، والتدريب المهني ، والتوجيه والعلاج الفردي والجمعي ، والخدمات الطبية وماشابه .

ويجب أن نلاحظ أن إهتمام المؤسسة بالحدث يعني الإشراف المستمر عليه لمدة ١٤ ساعة . ومن أحسن التنظيمات أن ينظم الأحداث في جماعات

يتراوح عددها ما بين ١٠ ، ١٥ حدثا تحت رعاية مشرف أو اثنين يقومان بالوظائف الوالديه على أن يتم اختيار العاملين مع الأحداث اختيارا دقيقا . كما يجب أن يخطط لشغل وقت الطفل طيلة النهار على أن يشترك في تخطيط البرنامج المتخصصون من إخصائي إجتماعي ، ونفسي ، وطب نفسي ، وجميع المشولين في المؤسسة .

والبرامج الجيدة يجب أن تمويل بسخاء ، إذ لازالت وللأسف كثير من المؤسسات محرومة من المصادر المالية التي تعينها على تنفيذ البرامج الصالحة .

الخدمات المتخصصة :

١ - التعريف :

تعني المواقف الجديدة سواء أكانت الالتحاق بمدرسة ، أو شغل وظيفة جديدة أو الالتحاق بجماعة جديدة وجود فترة مؤقتة من القلق وعدم الطمأنينة اللهم إلا إذا كانت هناك خطة تساعد على مجابهة مطالب الموقف الجديد ، وإلا توقعنا مشاكل تؤدي إلى عدم التوافق والتعاية الفردية . وخبرة الالتحاق بمؤسسة ليست خبرة سارة للكثيرين من الأحداث خاصة للحدث الذي لم يسبق له الايداع بالمؤسسات .

ومن المسائل المتبعة وجود مركز للاستقبال أو التشخيص للجدد يقضون فيه فترة أسبوع أو أسبوعين حتى يتم تعريفهم بسياسة المؤسسة ، إذ تهدف برامج التعريف أو برامج الإستقبال إلى :

أ - تعريف الحدث بالمؤسسة . ب - تعرف أعضاء المؤسسة على الحدث .

ويتضمن تعريف الحدث بالمؤسسة مده بالمعلومات الضرورية عن مبنى

المؤسسة وأقسامها ، واللوائح والتظيمات المتبعة ، وأوجه النشاط الموجودة بالمؤسسة وخدمات التوجيه والعلاج ، والخدمات الصحية وما إليها .

٢ - التقويم الفردي :

في الوقت الذي يقوم فيه الحدث بالتعرف على المؤسسة تقوم المؤسسة بالتعرف على الحدث إذ يقوم الاختصاصي الاجتماعي ، والاختصاصي النفسي ، واختصاصي الطب العقلي ، والطبيب ، والمعلم وغيرهم من الاختصاصيين في المؤسسة بجمع المعلومات عنه والتي قد يكون لها قيمتها في العلاج وذلك باستخدام الأدوات التشخيصية التي في متناول كل منهم ... وتجمع هذه المعلومات ، وفي ضوءها تتقرر طريقة العلاج التي تناسبه .

والمعلومات ذات الضرورة التي تفيد في فهم الحدث يجب أن تتضمن :

- أ - تاريخ الحدث الاجتماعي وتاريخ أسرته .
- ب - التهمة الحالية والتهمة السابقة .
- ج - العلاقة الديناميكية بين أفراد الأسرة .
- د - الثبات الانفعالي للحدث وتكيفه الاجتماعي .
- هـ - اتجاهاته النفسية .
- و - مستواه الصحي والجسماني .
- ز - مستواه الدراسي كما تبيته الاختبارات التحصيلية ، وقدرة العقلية كما تبين من اختبارات القدرة العقلية .
- ح - المهارات الخاصة ، والخبرات المهنية السابقة .
- ط - القدرات الخاصة .
- ي - الميول والخطط التي يراها الحدث لمستقبله .

٣ - التعليم المنحرف :

يقع الاحداث المنحرفون في معظم بلاد العالم في مستوى سن التعليم الإجبارى ، غير أن معظم المنحرفين من الفاشلين دراسيا ، لذلك نجد أنه يوجد في معظم المؤسسات فصول دراسية يلتحق بها نزلاء المؤسسة ضمن النشاط اليومي . وتلجأ بعض المؤسسات إلى إلحاق بعض الاحداث بالمدارس الموجودة في البيئة حتى لا ينقطع سير الدراسة لهم ، خاصة إذا كان المستوى التحصيلي للحدث مقبولا . إذ يذهب هؤلاء الاحداث إلى المدارس ثم يعودون إلى المؤسسة . والبرامج الدراسية في المدارس غالبا ماتكون غير مناسبة لغالبية المودعين في المؤسسة . لهذا يجب أن يكون في المؤسسة الفصول الدراسية التي تناسب برامجها ومستويات هؤلاء الاحداث حتى يتمكن كل حدث من التحصيل وفقا لقدراته وسرعته وميوله للمواد الدراسية المختلفة . والاحداث المنحرفون في مصر في العادة من الاميين ، لهذا تتجح هذه الفصول الدراسية إذا تمكنت من تعليم الحدث أثناء اقامته في المؤسسة القراءة والكتابة . على أن الهدف من هذه الفصول يجب أن لا يقتصر على محو الأمية . إذ يجب أن يهيء البرنامج الدراسي لاكتساب التدريب المهني ، والثقافة الصحية ، والمواطنة، وتعليم السلوك الاجتماعي السوي والتربية لوقت الفراغ .

٤ - التدريب المهني :

يعتبر التدريب المهني من أهم أوجه النشاط للتأهيل والاصلاح في المؤسسات ويعني التدريب المهني الناجح :

أ - نوعا من العمل يسمح للحدث بتعلم حرفة من الحرف .

ب - تعلم العادات الحسنة كالمثابرة على العمل واكتساب المهارات التي تساعد

على النجاح في المجتمع الخارجي .

٣ - تعلم معنى العمل وتقدير قيمته .

د - إكتساب المهارات ، وإكتشاف القدرات الخاصة التى تؤهل للنجاح فى عمل من الأعمال .

كما يساعد البرنامج المهنى الناجح على سهولة إدارة المؤسسة إذ يقلل من الكسل ويرفع من الروح المعنوية لانزلاء والمشرفين عليهم ، ويقلل من مشاكل التهذيب والإدارة ، ويبعث على المشاركة فى نواحي النشاط الأخرى فى برنامج العلاج ، ويقلل من نفقات المؤسسة .

والاتجاه الحالى فى المؤسسات هو تشغيل الأحداث فى المؤسسات الصناعية الموجودة فى البيئة ويدفع لهم أجر على عملهم يذهب جزء منه للمؤسسة للإقامة ، ويحفظ الباقي للحدث فى دفتر للتوفير يعطى له عند تخرجه .

ففى بولندا شاهد المؤلف تجربة تجريبها بعض المؤسسات مع مجموعات من الأحداث تسمى المجموعات شبه الحرة . إذ تؤجر المؤسسات عدداً من نزلاتها من الأحداث للمصانع التى يعمل فيها الأحداث تحت إشراف الاختصاصيين من مؤسستهم ، ويقيمون جميعاً مع العمال فى مساكن تهيئها لهم المصانع ، وهذه التجربة قائمة الآن لمدة تقرب من أربع سنوات ويبدو أن نتائجها تبشر بالخير .

وما شاهد المؤلف فى نفس البلد أن المصانع الكبيرة تمتد المؤسسات بوحدات إنتاجية كاملة بآلاتها الثقيلة تقام فى المؤسسة . وتدفع المصانع أجر الصيانة على ما يقومون به من إنتاج . ويقدم الأجير بين المؤسسة والحدث ، ويذهب الإنتاج للمصانع ، فإذا ما حان وقت الإفراج عن الحدث ، تلتزم المصانع

بتعيين عدد منهم بين عاملها خاصة وأنه قد تم تدريبهم فيها وكان المؤسسة ليست إلا مراكز تدريب لهذه المصانع . والواقع أن الزائر لكثير من مؤسسات الآلات ذات في بولندا لا يجد فرقا كبيرا بينها وبين كثير من مدارس الصناعات ومراكز التدريب .

٥ - الخدمات الصحية :

يتضمن البرنامج الصحي في المؤسسة ما يلي :

أ - الكشف الدوري على الأحداث مع الاهتمام بالنواحي الإنفعالية والجسدية على السواء .

ب - وجود عيادة قائمة مع الإمكانيات الضرورية للإسعافات الأولية .

ج - التوعية بمبادئ الصحة العقلية والجسدية :

د - تدريب المشرفين والاختصاصيين في المؤسسة على ملاحظة أعراض الأمراض المختلفة لإتخاذ اللازم إزاءها في الحال .

والبرنامج الصحي الذي يتضمن كل ذلك هو في الواقع برنامج متعدد الأوجه ، ولن يقال أن المؤسسة برنامجاً صحياً إلا إذا اكتتمت عناصره السابقة .

٦ - التوجيه والعلاج النفسي :

يقوم كل من التوجيه والعلاج النفسي على العلاقة وجها لوجه بين الاختصاصي وصاحب الحالة . وتهدف هذه العلاقة في زيادة فهم العميل لنفسه ، وزيادة قدرته على حل مشاكله بنفسه وذلك بمساعدة الاختصاصي . والتوجيه والعلاج النفسي إما أن يكون فردياً أو جماعياً .

وتدعى كثير من المؤسسات أن لديها برامج التوجيه وبرامج العلاج النفسى . وقد يكون ذلك صحيحا فى بعض المؤسسات وفى بعض الدول المتقدمة ، غير أن المستعرض للبحوث العلمية يلاحظ أن ما تقوم به هذه المؤسسات هو محاولة تجريبية وعلى نطاق ضيق لا غير ، إذ لا تمتد هذه الخدمات لكل هؤلاء كما يجب أن يكون . أما فى البلاد النامية فلا زال هذا المجال حديثا بالنسبة لها ولم يطرق بعد . وقد يعزى هذا إلى أن المتخصصين فى التوجيه والعلاج عددهم قليل جداً . كما أنهم لا يعملون فى العادة مع المؤسسات العلاجية إلا على سبيل الاستشارة أو للتشخيص وبعض الوقت.

٧ - خدمات أخرى :

بالإضافة إلى الخدمات السابقة يجب أن يتضمن البرنامج أوجه النشاط المختلفة لملء وقت الفراغ ، كالنشاط الرياضى ، والموسيقى ، والمسرحى ، والقراءة ، وما إليها . إذ يساعد هذا على شغل وقت الحدث والتقليل من المشكلات الإدارية التى قد تنجم عن الفراغ والكسل .

والخلاصة يجب أن يكون هدف أى برنامج علاجى فى أى مؤسسة هو إعادة الحدث إلى المجتمع الخارجى ليتفاعل معه على أسس سوية . لذلك يجب أن يهدف لهذه العودة بالتدريج . وتنبع بعض المؤسسات سياسة منح الإمتيازات والحرية تدريجيا . فبعد التحاق الحدث بالمؤسسة يحرم من كثير من الإمتيازات خاصة تلك التى تتصل بالتفاعل مع العالم الخارجى كزيارة المنزل ، والعمل خارج المؤسسة ، والترويح فى الخارج كالاشتراك فى المعسكرات والرحلات وما إليها . فإذا أثبت الحدث حسن السير والسلوك

تمنح له بعض الامتيازات تدريجيا حتى يصبح على استعداد لمجابهة المجتمع من جديد .

لتطوير معاملة الاحداث في مصر :

في ضوء ما سبق ومسيرة التطور الاجتماعى والاقتصادى في مصر يحتاج قانون الاحداث الى إعادة النظر فيه ، مع تكوين شرطة خاصة للاحداث كما تحتاج مؤسسات الاحداث في مصر الى التطوير على أن يراعى في تطويرها ما يأتى :

١ - إشراك القاعدة الشعبية عن طريق منظمات الاتحاد الاشتراكى في إدارة المؤسسات عن طريق مجالس إدارتها .

٢ - تحويل المؤسسات إلى وحدات إنتاجية بتطوير الصناعات الموجودة في هذه المؤسسات حتى تتفق وخطة التنمية في الدولة ، ويأجب إذا نسق التعاون بين المؤسسات والمصانع عن طريق منظمات الاتحاد الاشتراكى بتدريب نزلاء المؤسسات في المصانع على أن تلتزم المؤسسات بتشغيل عدد من هؤلاء النزلاء بعد تخرجهم من المؤسسات . ويأجب إذا امتد نشاط المصانع إلى نقل وحدات إنتاجية إلى المؤسسات فتعد المؤسسة بالمواد الأولية التي تصنع لحساب المصانع .

٣ - يعاد توزيع المؤسسات جغرافيا حتى يكون نشاط هذه المؤسسات في داخل المدن بدلا من أن يكون خارجها كما هو حادث حاليا نتيجة للموقع الجغرافى في بعض المؤسسات .

٤ . يراعى تحديد العدد الذى تستوعبه المؤسسة على ألا يزيد بحال عن ١٥٠

أو مائتين على الأكثر . أما المؤسسات الضخمة كنؤسسة المرج فيعاد تقسيم النزلاء فيها إلى مجموعات صغيرة لها إستقلالها الذاتي .

٥ - الاهتمام بتدريب العاملين في المؤسسات وإختيارهم .

٦ - تزويد المؤسسات بالاختصاصيين النفسيين المدربين ومدعم بأدوات التشخيص الصالحة المقتنة على عينات مصرية .

٧ - إعادة تخطيط برامج هذه المؤسسات بما يكفل تربية المواطن الصالح وتحقيق الخدمات التي يجب توافرها في المؤسسات الحديثة .

الفصل العشرون

الشدوذ الجنسي

يجدر بنا قبل أن نتكلم عن الجرائم الجنسية أن نستعرض مراحل النمو الجنسي والانحرافات الجنسية لنتفرق بينها وبين الجرائم الجنسية .

مراحل النمو الجنسي :

يرجع الفضل إلى فرويد في بيان أهمية مظاهر الدافع الجنسي في الطفولة ، وبيان مراحل نمو هذا الدافع ، ويجدر بنا أن نشير إلى أن التقسيم إلى مراحل لا يعني إستقلال هذه المراحل وإنفصال بعضها عن بعض ، إذ تتميز كل مرحلة بوجود مظاهر المراحل الأخرى فيها إلى جانب بروز المظاهر بهذه المرحلة . كما أن الانتقال من مرحلة إلى أخرى تدريجي ، إذ لا يمكننا أن نقف عند يوم معين بالذات ونقول : هنا انتهت مرحلة وبدأت مرحلة أخرى . كما أن من أهم خصائص النمو التمايز والتكامل . ويقصد بالتمايز البروز من الكل الذي يتضمن عناصر المظاهر الأخرى . ويقصد بالتكامل ، الوحدة والاتساق والاكتمال .

وقد قسم فرويد وتلاميذه مراحل النمو الجنسي إلى المراحل الآتية :

١ - المرحلة الفمية الأولى .

٢ - المرحلة الفمية الثانية .

٣ - المرحلة الشرجية السادية .

٤ - المرحلة القضيبية .

٥ - مرحلة الكمون .

٦ - مرحلة المراهقة والنضج الجنسي .

ويرمز فرويد والمحللون النفسيون من مدرسته إلى هذه المراحل تبعاً لمنطقة الجسم التي تسود غيرها كمصدر لاجتلاب اللذة . وأهم هذه المناطق كما يتبين من التقسيم هي الفم ، والشرج ، والأعضاء التناسلية . إلا أنه يجب أن تؤكد أنهم حين يتكلمون عن اللذة الجنسية في الطفولة لا يقصدون الشهوة الجنسية كما يعرفها البالغ الناضج ، وإنما يقصدون نوعاً من الحساسية واللذة الذاتية العامة التي تقابل اللذة الجنسية عند البالغ . ولكل من هذه المناطق الجنسية وسائلها الخاصة في إستقارتها وفي طريقة إشباعها .

١ - المرحلة الفمية للبكرة :

ومركز اللذة في هذه المرحلة هو الفم فالفم هو سبيل الطفل لإشباع حاجاته واتصاله بالعالم الخارجي ، وتشبه حالة الطفل بعد الرضاعة والشبع منها والاسترخاء الذي يليها ، حالة الاسترخاء التي تلي الانتهاء من العملية الجنسية عند البالغ ، ويشعر الطفل - في خبراته الفمية - بالاتحاد مع ما يبتلعه عن طريق الفم . وبما يلاحظ أن كثيراً من مظاهر ما يستمر حتى النضج والبلوغ . فالقبلة واللعق والتدخين وشرب الخمر وتعاطي المخدرات والنهم كلها مظاهر فيها لذة عن طريق الفم ، وفيها استمرار لمظاهر المرحلة الفمية . ويمكننا أن نلخص مصادر اللذة في هذه المرحلة في عملية الابتلاع والشعور بلذة الاتحاد مع ما يبتلعه الفرد .

٢ - المرحلة الفمية الثانية :

وتظهر هذه المرحلة حوالي نهاية العام الأول من ميلاد الطفل حين يبدأ ظهور الأسنان ، وتبدأ معها اللذة في العض والتضم وقيام الطفل بدور إيجابي غير سلبي ،

فبعد أن كان نشاطه قاصراً على عمليات المص والادخال والبلع ، أصبح يجد لذة إضافية في قضم الأشياء والتعلق بأسنانه بشد الأم وجذبه . ويجدر بنا أن نشير هنا إلى أن نمو الأسنان وما يصاحبه من القدرة على القيام بدور إيجابي ، تصاحبه أيضاً إيجابية في الحواس الأخرى ، ففي حاسة البصر مثلاً - بعد أن كان الطفل في المرحلة الأولى ينظر ويستقبل الإحساسات البصرية - يصبح الآن قادراً على أن يحدد بصره ، ويدير عينيه متتبعا للأجسام المتحركة ، كما أن حاسة السمع أصبحت تميز الأصوات وتحدد مكانها وتقبها بعد أن كانت وظيفتها سلبية قاصرة على الاستقبال ، وأصبح في مقدور الطفل أن يمد ذراعه وأن يقبض بيده على أشياء يريدونها عن قصد .

ومن عادات السلوك الاجتماعي التي يغرس بذورها في هذه المرحلة ، الرغبة في الأخذ ، والرغبة في الحصول على الأشياء التي قد تحول بينها وبين الفرد بعض العقبات .

فاذا ما مرت بالطفل في هذه المرحلة والمرحلة السابقة خبرات غير سارة كالحرمان من العطف والحنان - مما قد يؤثر في عدم انتظام عملية الرضاع والشعور بالطمأنينة الذي يصاحبها - فإنه قد تثبت مع الطفل أنماط من السلوك تتميز بها هذه المرحلة ، ويصعب عليه الانتقال إلى المرحلة التي تليها . وتبدأ أعراض ذلك في المشاكل التي تبدو على بعض الأطفال في عملية الرضاعة . ويرى فرويد، أن إنحرافات هذه المرحلة قد تتخذ أحد اتجاهين . الأول إنحراف يختص بمنطقة اللذة ، والثاني إنحراف يختص بأنماط السلوك الخاصة بمرحلة هذه المنطقة . ومن أمثلة إنحرافات منطقة اللذة استمرار الطفل حتى البلوغ في إجتلاب اللذة عن طريق الفم . وقد ذكرنا أمثلة لهذه الانحرافات كالنهم والتدخين وتعاطي

المخدرات . أما الانحرافات في أنماط السلوك فتتلخص في الثبات على نمط وهو الأخذ لا الإعطاء . مما كانت سبل هذا الأخذ أو مناطقه الجسدية .

ويرى المحللون أن الصعاب التي قد تعترض النمو في هذه المرحلة قد تؤدي إلى مشاكل يصعب علاجها بعد ذلك ، فقد يحدث ألا يفطم الطفل - كما هي العادة - قبل أن تظهر أسنانه ، ولا تحتمل الأم عض الطفل لثديها ، فتثور ، وتجذب ثديها منه ، مما يؤدي إلى استثارة غضبه وشعوره بالحرمان من العطف واللذة ، وهو عاجز عن التنفيس عن غضبه بعمل إيجابي سوى البكاء ، فتوضع في نفسه بذور حب القسوة على الغير ، وحب الألم من الغير ، والصراع بينها وتحليم رابطة الاتحاد السعيد مع الأم فتوضع بذور القلق . ويرى « إريكسون » أن بذور الشعور بالثقة في النفس وفي الغير وما يصاحب ذلك من إحساس بوجود الخير أو فقدان الثقة في النفس وفي الغير ، وما يصاحب ذلك من إحساس بوجود ما يسمى بالشر توضع في هذه المرحلة .

٣ - المرحلة الشرجية :

ومنطقة اللذة في هذه المرحلة هي فتحة الاست والمستقيم . ولا شك أن اللذة الشرجية كانت موجودة في المرحلتين السابقتين ، إلا أنه يبدو أنه في السنة الثانية من العمر تحتل هذه المنطقة مكانا خاصا متميزاً في مراحل اللذة الجنسية عند الطفل ، وتكون هذه اللذة هنا مصاحبة لعملية الإخراج « التبرز » ، وتكون قاصرة على مجرد الإخراج في أوائل هذه المرحلة من النمو ، وفي أواخرها يؤدي تضيق عضلات هذا الجزء من الجسم إلى عمليتين يشعر معها الطفل بالقدرة على السيطرة ، هما : الإخراج والتقبض ، وهما تؤديان إلى بدء شعور الطفل بذاته .

ولما كانت بعض الثقافات - مثل ثقافتنا والثقافة الغربية - تعطي أهمية خاصة

لهذه العملية ، ويتحتم تدريب الطفل على التحكم فيها في سن مبكرة ، فان الطفل يستغل أنماط السلوك المصاحبة لهذه العملية للتعامل مع الغير، فالتبرز في أى مكان في المنزل لا يرضى عند الوالدان ، قد يكون وسيلة يلجأ إليها الطفل لمعاقبتها والسيطرة عليها ، كما قد يكون الإمساك وسيلة ترى إلى هذا الهدف.

والتخاض من البراز عملية يضطر إليها الطفل ، ويشعر بأنه يفقد جزءاً منه أو جزءاً من ذاته ، فيصحب عملية إخراجه شعور بفقدان شيء عزيز، وقد يجمد هذا النمط من السلوك في الفرد فيعز عليه العطاء ، ويلذ له الأخذ ، فيتحول إلى شخص أناني في معاملاته مع الآخرين ، وقد يصبح بخيلاً ينحصر همه كله في الاستحواذ على المال .

وإذا ما كان تمرين الطفل على تنظيم عملية التبرز مشوباً بالقسوة والتعنت ، فقد ينكص إلى المرحلة النفسية السابقة ، فيمص أصابعه ، ويقضم أظافره ، أو تكثر مطالبه ورغباته ، أو قد يتحول إلى معتد فيستغل البراز كذخيرة يعتدى بها على الوالدين وإرادتها ليثبت ذاتيته .

وقد تحدث اضطرابات بمنطقة اللذة نفسها أو في أنماط السلوك المصاحبة مثل اضطرابات القولون ، أو تقلص أو إرتخاء عضلات الشرج أو المستقيم ، أو قد يصاب الطفل بوجع اضطهادي بأن الجسم ممتلئ بالقاذورات ، أو قد يحاول السيطرة على الغير وعلى البيئة بسلوك اعتدائي . كما قد يتحول الفرد إلى شخص تسيطر عليه الأفكار والأفعال الاستحواذية التي سبق شرحها في الأمراض العصائية النفسية ، كما قد يؤدي التزمّت في تدريب الطفل على هذه العملية إلى تأكيد الشعور بالاثم والعار على حساب الشعور بالعزة والكرامة الذاتية ، كما تقوى النزعة إلى السادية والتلذذ بالقسوة على الغير ، أو الماسوكية ، الشعور باللذة في إيلام الغير له ، .

٤ - المرحلة القضيبية :

يصبح القضيب مركز اللذة حوالى السنة الثالثة من العمر لكل من الصبي والصبية ، فالبظر فى البنت يحل محل القضيب فى الولد . واللذة الجنسية فى هذه المرحلة لذة ذاتية ، أى أنها لا تتجه إلى شىء أو فرد فى الخارج ، فيجد الطفل لذته فى العادة السرية أى اجتلاب اللذة باللعب فى أعضائه التناسلية .

ويرى فرويد ، أن عقدة أوديب - ويقصد بها ميل الطفل جنسيا نحو أمه ورغبته فى التخلص من أبيه ، وميل الفتاة إلى أبيها جنسيا ورغبتها فى التخلص من أمها - تتكون فى هذه المرحلة ، ويصاحبها فى الذكر الخوف من فقدان العضو التناسلى فيما يسمى بعقدة الخصى ويقابلها فى الفتاة الغيرة من الولد لوجود قضيب له حرمت هى منه .

ويرى فرويد أن عقدة أوديب تنتهى بفقدان الطفل اهتمامه بعضوه التناسلى لعدم نضجه ، ولعدم فهمه فيها كافيا لدلالته ، ولخوف الطفل من الخصى ، وخوفه من أفكاره نحو موت الأب . بينما تطول هذه المرحلة مع الفتاة لأنها ليست مهددة بفقدان عضو لا تملكه أصلا كالولد .

ويتميز سلوك الذكر فى هذه المرحلة بطابع الاختراق . فالقضيب يرمز إلى القوة وإلى القدرة على عملية الحرق والولوج ، فالطفل يجرى مخترقا الهواء ، وقد يصرخ ويصيح ويستعمل الالفاظ النابية وكلها بما يخرق الاذن ، كما يخترق مجاهل الأماكن التى تدعو إلى حب الاستطلاع . وقد يصادف الطفل فى هذه المرحلة رؤية الجماع بين الأب والأم ، فيفسر هذه العملية على أنها عملية اعتداء على الأم خاصة وأنها تتم فى الظلام ، وقد تفسر الاصوات المصاحبة لها على أنها شعور بالآلم . ولا تختلف البنت عن الولد فى ذلك إلا فى فقدانها للقضيب . فبينما يرمز

التضيق عند الولد إلى القوة، كما يرمز انتصابه للرجولة وما يدور حولها من خيال، تفقد البذات هذا الرمز والخيالات التي تدور حوله، فتتحول تدريجياً إلى دور الأنا التي تؤكد الثقافة التي تعيش فيها، ومن مظاهر هذا الدور الخضوع والإستسلام أو محاولة الأخذ والطلب والاحتفاظ بما تأخذ والعناد وما شابه ذلك. وتقوى عند الولد في هذه المرحلة نزعات قد تستمر معه، مثل حب المغامرة والتنافس والقدرة على الابتكار.

والمشاكل المعاصرة للنمو في هذه المرحلة والتي قد تؤدي إلى ثبات بعض مظاهر أنماط السلوك الخاصة بهذه المرحلة متعددة. إذ قد لا يمر الطفل بسلام وتثبت معه عقدة أوديب، وعقدة الحصى، فنخوف بعض الرجال من الجماع أو الزواج قد يكون خوفاً لاشعورياً من فقدان العضو التناسلي في رحم المرأة. كما أن منظر العضو التناسلي للمرأة وإختلافه عن العضو التناسلي للرجل قد يكون مشيراً لعقدة الحصى وخشية الرجل من أن يكون مصيره كصيرها. ومن مظاهرها أيضاً إستحواذ فكرة صغر العضو التناسلي على الفرد مما يخالف الواقع. فكثير من الشباب يعتقدون حق في صغر عضوه التناسلي وقد يكون هذا راجعاً إلى رؤيته في الصغر لعضو تناسلي لرجل ناضج في الوقت الذي كان فيه عضوه التناسلي صغيراً لم يرضح بعد. كما أن الخنوثة في بعض الرجال قد تكون حيلة هروبية لاشعورية للإيمان بأنه مثل النساء ولاداعي لعقابه بالحصى. كما أن الثبات على العادة السرية كمصدر وحيد لاشتقاق اللذة الجنسية وعشق الذات من مظاهر عدم النضج والثبات على هذه المرحلة.

• — مرحلة الكمون :

وتستمر هذه المرحلة ما بين السادسة والسابعة حتى المراهقة، وفيها يخمد

الدافع الجنسي وتقل خدته ، فلا يظهر في سلوك الطفل ما قد يميز الدافع الجنسي عنده . ويميل الأولاد إلى اللعب والاختلاط بأولاد من جنسهم كما تميل الفتيات إلى اللعب مع بنات مثلهن . والميل الجنسي لأفراد من نفس الجنس مما تتميز به هذه المرحلة .

٦ — دور المراهقة والنضج الجنسي :

يؤدي التغير الجسدي ونشاط الغدد التناسلية في سن المراهقة إلى أن يبحث المراهق عن هدف يشبع حاجته الجنسية . ويرى فرويد أن التعلق بالوالدين وإتجاه الدافع الجنسي نحوهما يظهر ثانية في بداية هذه المرحلة، إلا أن هذا لا يستمر طويلاً بحكم التقاليد التي تحول دون إشباع هذا الدافع مع المحارم، فيستمر المراهق في سعيه حتى يجد من يشبع هذه الحاجة معه . وهو عادة فرد من الجنس الآخر، اللهم إلا إذا كان هناك جمود على مرحلة من المراحل السابقة ، أو خبرات غير سارة تؤدي إلى الانكوص إلى إحدى هذه المراحل . ويتخذ الشاب في هذه المرحلة طريقته نحو الرجولة ، كما تتخذ الفتاة طريقها نحو الأنوثة الكاملة مدركة لأهمية عضوها التناسلي في عملية الانخصاب والانتاج .

ولقد وجهت انتقادات عدة إلى نظرية فرويد ، وإلى مراحل النمو الجنسي ، فيرى المحللون المحدثون ومنهم كلارا تومبسون Thompson أن الخطأ في نظرية فرويد يمكن تلخيصه فيما يأتي :

١ - أنه عزى التطور الجنسي إلى تطور بيولوجي غريزي . بينما تعزى بعض هذه التطورات إلى أثر الثقافة الغريبة .

٢ - كما أن فرويد أعطى معنى جنسياً لكل تطور بيولوجي وفي رأيها أن

بعض العوامل البيولوجية ما هي إلا عناصر هامة في عملية النمو ، وليس من الضروري أن يكون لها معنى جنسى ، فاذا نظرنا إلى مراحل النمو السابقة في ضوء هذين الاعتبارين وجدنا أن فرويد قد لخص تلخيصاً جيداً مبنياً على الملاحظة العملية المباشرة مراحل النمو في الثقافة الغربية ، فالمرحلة النموية تقررها عوامل بيولوجية ، فأنضج الاعصاب في المخ عند الولادة هي الاعصاب التي تتحكم في منطقة الفم .

ولاشك في أن الطفل يتصل بعالمه الخارجى ويختبره ويفهمه عن طريق فمه ، لذا يتشكك الكثيرون في أن اللذة الذاتية عامل أساسى في نشاط الفم ، إذ يبدو أن الطفل يتصل بالعالم الخارجى عن طريق فمه ، لأنه العضو الوحيد الذى يساعده على ذلك في هذه المرحلة فهذه المرحلة تعزى إلى نمو جسمانى ؛ وليست إلى لذة ذاتية ، فضلاً عن أن العالم الخارجى الذى يتصل به الطفل عن طريق فمه يختلف من طفل إلى طفل بحكم اختلاف الثقافات .

لذا كانت خبرات الأطفال عن طريق هذا العضو مختلفة ، مما يؤدي إلى اختلاف شخصياتهم ، إذ تختلف الثقافات فيما بينها في طريقة الرضاعة وفي مدتها ، فعلى الرغم من وجود أساس عضوى في هذه المرحلة فإن العاطف يتأثر إلى حد كبير بالعوامل الثقافية التى تسود بيئته .

فاذا ما انتقلنا إلى المرحلة الشرجية وجدنا أن للعوامل الثقافية أيضاً أثراً كبيراً ، فلاشك أن القدرة على التحكم في عضلات المستقيم والشرج تتوقف على النمو الجسمانى العصبى للطفل ، إلا أن الثقافات المختلفة تختلف أيضاً في طرقها في تنظيم هذه العملية وفي الموعد الذى يبدأ فيه تنظيمها ، وما وصفه فرويد من مميزات

هذه المرحلة ينطبق على الثقافات الغربية وما يماثلها من الثقافات ، ولا ينطبق على غيرها مما يختلف عنها في هذه الناحية .

إذن فالأهمية هنا ليست اللذة التي يجتلبها الطفل من عمليتي الإخراج والقبض ولكن الأهمية للكفاح الذي يدخل فيه الطفل مع والديه لتنظيم هذه العملية ، إذ يرغب الطفل في التحرر من القيود ، ولأول مرة في حياته تتعارض رغباته مع رغبة الوالدين مما يؤدي إلى التأثير على شخصيته ، فقد يجد الطفل فيما يكتشفه من لذة في السيطرة على البراز عزاء له يساعده على التوفيق بين إرادته ورغبة والديه ، كما تشكك كلارا تومسون في أسبقية المرحلة الشرجية على المرحلة القضيية ، إذ ثبت أن الأعصاب التي تتحكم في كل من الشرج والقضيب تضعج في وقت واحد وهي لا ترى سببا وجيها لأن يهتم الطفل بشرجة قبل قضيبه اللهم إلا إذا كانت الثقافة تدعو إلى ذلك ، فقد تكون ثمرة ثقافة أخرى يكون السبق فيها للمرحلة القضيية .

ولاشك أن هناك أساسا عضويا للمرحلة القضيية ، إلا أن العاقل لا يبدى اهتماما بعضوه التناسلي حتى يتمكن من التحكم فيه ، فيحاول حينئذ إكتشاف ما يمكنه أن يفعل بهذا العضو وما يختلف فيه البنون عن البنات ، فيكتشف اللذة الحسية عن طريق لمسه لهذا العضو ، وهذا الاكتشاف ما هو إلا واحد من عدة إكتشافات يقع عليها ، وما حسد البنت للولد إلا لقدرته على إتيان أعمال به تعجز هي عن القيام بها ، إذ يتمكن العاقل من قذف البول إلى أعلى وإلى مسافة بعيدة ويوجهه وجهات مختلفة ما تعجز هي عنه ، ويؤدي هذا إلى شعورها بعدم المساواة - تبعا لمعايير الأطفال - وقد يؤدي إلى شعورها بالنقص في المستقبل في نواح أخرى .

ولاشك أن لنظرة الوالدين أمراً في ذلك ، اذ يؤدي اكتشاف الطفل للذة في لمس العضو التناسلي الى استقارة اهتمام الابوين واعتراضها ، كما أن الخوف من النصى الذى تكلم عنه فرويد قد يكون نتيجة لغضب الآباء من لعب الطفل بأعضائه التناسلية وتهديدهم إياه بقطع هذا العضو أو غيره .

وليس هناك من داع للاعتقاد بأن طفلاً آخر لم يعامله أبواه بهذه المعاملة سيوجد عنده حتماً هذا الخوف وهذه العقدة .

كما أن عقدة أوديب ليست عامة في كل الثقافات ، إذ يبدو أنها قاصرة على الثقافات التى تحتم تقاليداً وجود زوجة واحدة ، وتتكون فى الاسرات الصغيرة العدد ، فلا يحتك الطفل فى معاملاته بغير الأم والأب . وليس هناك ما يدعو إلى الاعتقاد بأن تعلق الطفل بأحد والديه راجع إلى أسباب جنسية ، اللهم إلا إذا حاول الآباء أنفسهم استغلال الطفل لاشباع العامل الجنسى بدافع لاشعورى ، فقد ذكرنا أن الطفل يحاول اكتشاف ما قد يفعله بهذا العضو ، واحتكاك الطفل بأحد الوالدين عن طريق الضم والتقبيل يؤدي الى اجتلاب الطفل للذة عن طريق هذا العضو . ويتوقف تكون هذه العقدة على شعور الابوين نحو عاطفة الطفل تجاهها ، فقد لا يسترعى انتباهه ويمر على أنه أمر عادى ، وقد يحدث العكس ، مما يؤدي الى تثبيت هذه النزعة فى الطفل .

الا أن هذا النقد لا ينتقص من أهمية نظرية فرويد ، فلا شك أن مراجعها تنطبق على مراحل النمو الجنسى فى الثقافة الغربية والثقافات المماثلة .

ويتشكك المحللون المحدثون فى اللذة المصاحبة لكل مرحلة من المراحل ، ويرون أن المشكله تنحصر فى العلاقات الانسانية بين الطفل ووالديه واختلافها وتنوعها فى كل مرحلة منها . ويرجع الفضل الى فرويد فى بيان أن الطفل المدلل

يحدد لذة في جسمه ووظائفه المختلفة ، وقد يعكف الطفل على هذه اللذة التي تدور حول نفسه إذا ما كان تمسا في حياته .

وليس هناك أساس علمي سليم للزعم الذي يقول بأن الانحرافات الجنسية موروثة أو متوقفة على التكوين الجسماني دائما . وما يسمى بالانحرافات الجنسية ليس إلا خبرات تمر بحياة فرد في الواقع أو في الخيال . إلا أنها قد تكون النمط السائد لبعض الافراد ممن ينعشون بالانحراف أو الشذوذ .

وما دامت الانحرافات الجنسية ليست إلا نكوصا إلى مرحلة من مراحل النمو في الطفولة والجنود عليها ، فكل فرد عرضة لهذه الانحرافات بحكم مروره في نموه بهذه المرحلة . وتتكون الانحرافات لمصادقة خبرات جنسية قاسية أدت به إلى النكوص إلى مرحلة من مراحل الطفولة . والقاعدة في التحليل النفسي هي أن الفرد الذي ينكص إلى مرحلة جنسية من مراحل الطفولة يعتبر منحرفا جنسيا . أما المنحرفون الذين يلجأون إلى حيل دفاعية أخرى بعد نكوصهم فيعتبرون مريضين بالعصاب النفسي . وما لاشك فيه أن هناك بعض المنحرفين جنسيا ممن تطبق عليهم هذه القاعدة ، وهؤلاء يتميز سلوكهم بالطفالية ، لا في الناحية الجنسية فقط ، ولكن في كل أنماطه ، غير أن هناك من المنحرفين جنسيا من لا توجد لديهم سوى طريقة واحدة لاشباع الدافع الجنسي ، إذ تتركز عندهم الطاقة الجنسية في اتجاه واحد يتصارع مع الاتجاه العادي الذي يقوم ضده عائق ما ، وتكون العملية الجنسية المنحرفة وسيلة للتغلب على هذا العائق .

وكان فرويد يرى أن المنحرفين لا يعانون من الصراع النفسي أو المكبت ،

لأنهم ينفسون عن الدافع الجنسي ويجدون سبيلا لتحقيق اللذة ، فليس هناك من حاجة إلى تحايلهم نفسيا ، لأن التحليل لن يجدى معهم . إلا أن الخبرة التي استمدتها المحللون من الحالات التي وردت اليهم ، أثبتت أن المتحرفين جنسيا مثلهم كشمل المرضى بالعصاب النفسى يعانون من الكبت ، فعندهم عقدة أوديب والقلق من النصى .

والفرق بين العصاب النفسى والانحراف الجنسى أن أعراض العصاب النفسى ليست مشبعة للدافع الجنسي ، بينما تعتبر من عناصر الجنسية الطفلية في الانحراف . وبينما يعاني المريض بالعصاب النفسى من القلق الناتج عن الخوف من التعبير عن الانفعالات الذاتية ، نجد أن المتحرف جنسيا لا يعاني من مثل هذه الأنواع من القلق . ويرى كثرى الذى درس السلوك الجنسى للرجل والمرأة دراسة مستفيضة في أمريكا أن الانحرافات لا تعنى إضطراب أصحابها نفسيا ، أو مرضهم بمرض عصاب نفسى أو مرض عقلى ، فكثير منهم يتكيف إجتماعيا ، كما أن الانحرافات ليست أنماطا من السلوك منفصلا بعضها عن بعض ، وليست الفئة المنحرفة جنسيا فئات مختلفة ، إنما الانحرافات أنماط من السلوك متدرجة : أى تختلف في درجتها ، ويمكن ترتيبها تنازليا أو تصاعديا تبعا للدرجة ، وهو لا يرى تسميتها بالانحرافات بل يرى الاستعاضة عن ذلك بتسميتها بالسلوك النادر ، أو السلوك الأكثر شيوعا ، فإذا كان السلوك الجنسى الأكثر شيوعا هو ميل الرجل للمرأة ، والأقل شيوعا هو ميل الرجل لرجل مثله فلا يعنى هذا أن الاستعداد لذلك غير موجود في كل الافراد .

أنواع الانحرافات الجنسية

الجنسية المثلية :

ويقصد بها إتجاه الدافع الجنسي في الفرد إلى فرد من جنسه ، فلا يميل الرجل جنسياً إلا إلى رجل مثله ، ولا تميل المرأة جنسياً إلا إلى امرأة مثله ، وقد يلعب أحد الرجلين في مثل هذه العلاقة دور المرأة والآخر دور الرجل ، كما تلعب إحدى المراتين دور الذكر وتلعب الأخرى دور الأنثى . وقد يكون الإتصال الجنسي باللواط والسحاق ، وتبادل لمس الأعضاء التناسلية باليد أو بالفم أو مجرد الاستلطاف والاستظراف والحب الأفلاطوني الذي قد لا يتعدى الإتصال الجنسي فيه حد القبل . وقد وجد كنزى في دراسته للسلوك الجنسي للرجل الأمريكى أن غالبية الرجال كانت لهم خبرات جنسية مثلية في تاريخ حياتهم . وأن حوالى ٥٠٪ من الرجال الذين لا يتزوجون حتى سن الخامسة والثلاثين يثبتون على هذا الانحراف ، وأن حوالى ٦٠٪ من الصبيان لهم نشاط من هذا النوع قبل المراهقة . أما النساء فقد وجد أن النسبة بينهن تبلغ حوالى ٣٣٪ ممن كانت لهن خبرات من هذا النوع ، وأن حوالى ٢٥٪ ممن لا يتزوجن حتى سن الخامسة والثلاثين يثبتن على ذلك .

وتتجمع كثير من الكتب الأجنبية على أن نسبتها بين العرب ومعتقى الديانة البوذية أعلى من ذلك بكثير ، نظراً لتحريم الإختلاط بين الرجال والنساء ، إذ ثبت أن نسبة ممارسة هذا السلوك ترتفع في الظروف التي تؤدي إلى حياة جماعية من الرجال وحدهم مدة طويلة ، بعيدين عن الجنس الآخر ، وهذا ما يعلل به إنتشار الجنسية المثلية في الجيوش والسجون والمدارس الداخلية وفي المدارس التي لا يختلط فيها الجنسان .

وبما يجب ملاحظته أن النسب التي يقدر بها مدى إنتشار هذا السلوك مشكوك في صحتها ، ويرى المختصون أنها قد تكون أعلى من ذلك ، لأن من يسلكون هذا المسلك لا يكشفون السار عن أنفسهم أثناء البحث العلمى ، خوفا من عقاب المجتمع لهم وحرمانهم من كثير من الوظائف والأعمال .

والجنسية المثلية - إذا تركنا الأحكام الحاقية جانبا - سلوك عام في كل الأفراد يختلف في درجته من فرد إلى فرد ، إذ أن مجرد الرغبة في مصاحبة أفراد من نفس الجنس ومصادقتهم تعتبر جنسية مثلية تختلف في درجتها عن مباشرة الفرد جنسيا لفرد من نفس جنسه ، مع عدم إختلاف هذين النطرين من السلوك عن بعضها في النوع . ولا شك أن ثقافتنا لا تتقد كثيرا من أنواع السلوك التي تعتبر جنسية مثلية مع عدم وجود الاتصال الجنسي فيها ، فكثيرا ما يفضل بعض الرجال أصدقاءه ورغباتهم على زوجته ورغباتها ، وقد تبرر الثقافة لهذا المسلك وتمتدحه فيه ، فيوصف الرجل بأنه رجل حقا وبأنه لا تسيطر عليه زوجته ، وكثيرا ما يتعفف الرجل عن البقاء مع زوجته وبين أولاده مفضلا قضاء الساعات الطويلة في المقاهى مع أصدقائه ، وهذا يدخل أيضا في نطاق الجنسية المثلية الشائعة التي قد لا تتقدما الثقافة . وقد تشجع ثقافتنا مثل هذه الأنماط من السلوك بطريق غير مباشر بانتقادنا للعلاقات الغرامية بين الشباب وممانعتنا في إختلاط الجنسين في مراحل التعليم المختلفة خوفا مما قد ينتج عن ذلك من أضرار ، متغافلين عن الأضرار التي تحدث فعلا سواء في مدارس البنين أو مدارس البنات ، من تعلق البنات تعلقا غراميا ببعضهن أو بمدربساتهن تعلقا لا يخلو من الجنسية التي قد تؤثر في مدى تسكينهن للحياة الزوجية في المستقبل ، وكذلك الحال في مدارس البنين ، وكأنا قد ارتضينا - عن غير عمد - للفتاة أن تفقد أنوثتها وللصبي أن ينحرف دون خشية ، بينما نخشى على الفتاة وعلى الرجل من اتصال أحدهما بالآخر .

ويرى علماء النفس أن الضرر الإجتماعى الناجم عن الجنسية المثلية الكامنة ، الموجودة فى كل فرد تقريبا بدرجات متفاوتة ، أخطر من ضرر الجنسية المثلية التى يكون فيها اتصال جنسى فعلا ، لأن الشخص الذى يمارسها فعلا تنعدم لديه المشاكل التى تؤدى إلى الصراع النفسى ، إلا تلك التى يسببها المجتمع له بانتقاده لسلوكه والقيود التى يضعها حوله ، أما الشخص الذى يعاني من الجنسية المثلية الكامنة ، فلهذه صراع حاد يؤدى إلى شعوره بالقلق من خطر لا يعرف مصدره ، وقد يصل الخوف من وجود هذه النزعة الكامنة فيه إلى حد الفرع فيلجأ إلى حيل دفاعية منها القسوة الشديدة مع أفراد الجنسین ما دامت القسوة عنوانا للرجولة والغيرة على النساء أو منهن وانتقادهن ، كما قد يعكف على مزاولة الألعاب الرياضية العنيفة كالمصارعة والملاكمة لإثبات رجولته ، أو يندفع فى تيار الشهوة الجنسية فينتقل بين أحضان النساء مفاخرأ مباهايا بقوته على قهرهن ومدى طاقته الجنسية فى إشباعهن ، كما قد تكون العادة السرية من الحيل الدفاعية التى تساعد على الهروب من هذا الصراع .

وقد تعبر هذه الظاهرة عن نفسها بشكل جمعى فى الجماعات الدينية المتزمتة التى تحارب المرأة وحقوقها بدعوى الدين ، كما يعزى إلى هذه النزعة الشجار المستمر بين جماعة من الأصدقاء يقيمون فى مكان واحد دون وجود نساء فى حياتهم .

والإتجاه الحديث فى تفسير أسباب هذا الانحراف هو إعتباره سلوكا متعلما من الثقافة ويتوقف إلى حد كبير على خبرات الفرد فى بيئته . ويتشكك الباحثون فى رأى القائل بأن هناك أساسا وراثيا أو أساسا بيولوجيا له ، فمن الثابت أن كلا من الهرمونات الذكورية والأنثوية موجودة فى كل من الرجل والمرأة

بنسب متفاوتة ، إلا أنه لم يثبت قطعاً أن زيادة نسبة الهرمونات الذكورية في المرأة قد تؤدي إلى إنحرافها ، أو أن نسبة زيادة الهرمونات الأنثوية في الرجل قد تؤدي إلى انحرافه ، كما أنه لم يثبت قطعاً أن خنوثة الرجال وذكورية الميول في النساء - بما اتخذ أساساً لعمل الاختبارات التي تقيس درجة الرجولة والأنوثة في النساء والرجال - بينها وبين الانحرافات الجنسية ارتباط ، فقد يكون الرجل مخشاً في ميوله مع تفضيله للنساء دون غيرهن في العملية الجنسية ، وقد تكون المرأة ذكورية في ميولها مع تفضيلها للرجال دون غيرهم .

حالة ١ :

من الحالات التي عرضت للمؤلف حالة رجل في سن الثامنة والثلاثين مثقف ثقافة عالية ويشغل وظيفة محترمة . سعى للعلاج من الشذوذ الجنسي . إذ كان يعاني من الجنسية المثلية .

نشأ في الريف لأب مزارع على حظ من الثقافة الدينية . كان له أخت وأخوان أصغر منه أحدهما فلاح والثاني طالب بالمرحلة الثانوية . الأم ريفية نعتها بالجهل وعبر عن كراهيته لها أحسن بهذه الكراهية حين اكتشف في طفولته مبكراً علاقتها الجنسية مع والده فنشأ يحترقها مع شعوره بحاجته لحبها وكانت عاجزة عن إعطائه هذا الحب ويبدو أن الأب كانت لديه حساسية خاصة من ناحية الشذوذ الجنسي إذ يذكر أن والده هو الذي فتح ذهنه إلى ظاهرة الشذوذ الجنسي ، إذ كان كلما خرج إلى اللعب مع الأطفال حذره من اعتدائهم عليهم جنسياً مما كان لا يفهمه . ويذكر أنه تغيب مرة حتى المساء في اللعب مع الأطفال ، فاستقبله الأب بغضب بالغ ، وفي حالة من الهلع ، وسأله عما إذا كان الأطفال قد فعلوها معه ، بل خلع عنه سرواله ليتأكد من أنه لا توجد جروح في استه ، وليطمئن

بأن الإعتداء عليه لم يتم ... فنشأ حساسا لهذه الناحية ، ولديه خوف شديد من أن يتم الاعتداء عليه .

وهو في سن العاشرة ، وذات مساء وكان ينام مع عمه تكبره اذ كانت آنذاك في سن السابعة عشرة ، استيقظ ليجدها خالعة سروالها وتمسك بعضوه التناسلي وتحكه في عضوها ، فشر بالتقزز من العملية ، كما شعر بالآلم من الحك في ثمر عانتها . ولما احست باستيقاظه ابعدهته عنها ، وكانت جافة في معاملته في اليوم التالي .

أرسله أبوه الى المعهد الديني في المدينة المجاورة ، وكعادة أهل الريف ، في صحبة عدد من أبناء أهل القرية المتفاوتي الاعمار . ونظرا لحساسية الاعتداءات الجنسية كان حذرا ألا ينام بجوار أى أحد . ومرت المرحلة الابتدائية بسلام ، وانتقل ليتم المرحلة الثانوية الى المعهد الموجود بعاصمة المحافظة . وفي السنة الثالثة وسنه تسعة عشر عاما كانت أول خبرة جنسية مثلية له ، اذ وقع في غرام صبي معه في المعهد سنه ثلاثة عشر عاما ، وصفه بأنه كان أيضا وذا شعر أصفر وعيناه ملونه . وراود الصبي عن نفسه بعد أن وطد معه الصداقة ، وليغرية على الرضا تمت بينهما مساومة هي أن يكون الصبي الفاعل الاول . وقام الصبي بالعملية الجنسية وحين جاء دوره وجد نفسه عاجزا فاقتوا له قواه الجنسية والجسمانية . واستمر الحال على هذا المتوال طيلة ذلك العام والصبي يمارس معه العملية الجنسية ، ورغم عدم شعوره بأية لذة جنسية الا أنه كان سعيدا بهذه العلاقة ويشعر بالامان لان الناس لن يتشككوا في رجولته لشعوره بأنه دميم والآخر جميل بالاضافة الى أنه أكبر سنا ، وليس من المعقول أن يظن الناس به الظنون في ضوء هذه الظروف فيرون أنه المنحك والآخر هو الرجل . وفي العام التالي فصمت العلاقة بينهما لإنتقال الصبي

الى بلدة أخرى . فانهار عصيا وضاع منه ذلك العام يتنقل من طبيب الى طبيب من أطباء الامراض العصبية لعلاج ما يشكو منه ومعظمها كانت أعراض نفسجسمية تتمركز في الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي عاد الدراسة وأنهى المرحلة الثانوية دون أى خبرات جنسية سوى مزاولة العادة السرية التي كان الخيال المصاحب لها تصوره للصبي الذي كان صديقه يعتدى عليه جنسيا .

ورحل الى القاهرة والتحق بالجامعة الازهرية . وبدأ يشكو من تضخم في البروتستاتا ذراه الى افراطه في ممارسة العادة السرية . وتطلب الامر التردد على الوحدة العلاجية لتدليكها . ويذكر أنه لأول مرة يشعر باللذة الجنسية من عملية تدليك البروتستاتا ، علما بأنه لم يكن يشعر بهذه اللذة أثناء خبرته مع صديقه في المرحلة الثانوية.

وفي السنة الثالثة في المرحلة العالية وفد عليه صديق من قرية قضى معه الليلة في مسكنه ، بدأ الهز وهما في مرقديهما بما اسماه بالمفاخذه التي انتهت باعتماد الضيف عليه جنسيا . وفي هذه المرة شعر بلذة جنسية فعلية . وكانت أول خبرة من نوعها وآخرها اذ لم يمارس العملية الجنسية مع أحد بعدها أبدا . وقد أبعده هذه الخبرة عن التردد على قرية فترة من الزمن خوفا من مواجهة شريكه في العملية وخشية ما قد يكون قد أشاعه عنه . والاسلوب الجنسي الوحيد الذي اعتاد عليه هو العادة السرية المصحوبة بتخيله لاي شخص يعتدى عليه جنسيا .

انتمى الى احدى الجماعات الدينية السياسية المتطرفة وشارك في عنفها لعله ينسى مشكلته وسجن وأفرج عنه ، والتجأ الى التصوف والتعبد لعله يجد مهربا دون جدوى . التجأ الى أكثر من اخصائي نفسي ودجال ، وقرأ كل ما كتب في علم النفس باللغة العربية . ولما سعى للمؤلف للعلاج كان يحاول التأكد مما اذا كان من

الممكن علاجه وبالتالي الزواج وإقامة بيت وانجاب أطفال . ولما كان عمله يحتم عليه الاختلاط بالشباب ، ويجد أحيانا الرغبة فى مراودة أحدهم فهو يخشى أن يكشف أمره . ولما يخرجه أن كثيراً من زملائه فى العمل يفتاحونه فى ضرورة الزواج خاصة وأنه فى السن التى يجب أن يتزوج فيها ولا يوجد مبرراً معقولاً يسوقه لهم ، وكلما كان فى خلوة مع رجل شعر بالحاجة الى أن يقفز من النافذة والانتحار .

يعيش وحده ولما حضر أخوه الصغير ليعيش معه ليستكمل دراسته شعر بقسوته على أخيه وشككه فيه فى أن يكون شاذاً مثله فتركه الشقيق نافراً ليعيش وحده .

ونود أن نشير فى هذه الحالة إلى العناصر التالية :

- ١ - علاقته بالأم .
- ٢ - اكتشافه لآلية الجنسية بين أبيه وأمه وخبرته مع عمته .
- ٣ - معاملة الأب وخوفه من أن يعتدى على ابنه .
- ٤ - علاقته بالصبي وإنهياره العصبي بعد فصح العلاقة .
- ٥ - خبرة تدليك البروستاتا والخبرة مع الضيف .
- ٦ - التزمى الدين والالتقاء إلى جماعة دينية متطرفة .
- ٧ - التعمق فى القراءات النفسية .
- ٨ - النزعات الانتحارية .
- ٩ - الخيال المصاحب للمادة المرية .

حاله ب :

هذه الحالة لشاب في سن التاسعة والعشرين يحمل مؤهلا متوسطا ، وكان يعمل عملا فنيا في إحدى الشركات . تورط أكثر من مرة أثناء الورديات الليلية باغراء العمال بالاعتداء عليه جنسيا وإفتضاح أمره مما اضطر الشركة إلى نقله لاكثر من فرع من فروعها ثم طرده . ونظرا لأن طرده كان يتم دون إثبات لوقائع مادية فإن الشركة اضطرت لإعادته ، وأخيرا أبعدته عن وحدات إنتاجها بإعطائه عملا إداريا في الاسكندرية يتل في مكانته الادبية عن العمل الذي كان يقوم به .

يشكو من اضطرابات نفسجسمية إذ يعاني من إسهال مزمن والتهاب في القولون . وكانت هذه الامراض مما يتخذة ذريعة للاجازات المرضية . وقد احالته الشركة لطبيب اخصائي أمراض عصبية ، صارع الطبيب بشذوذه فتقرز الطبيب منه وأصبح بعد إعتدائه له يعامله بحفاء ، فلم يجد العلاج الطبي معه .

عانى من إمتهان زملائه له ومن إمتهان العمال حتى من أولئك الذين يمارسون معه العملية الجنسية إذ يضربونه ويهينونه . ومع أنه يشعر بالألم في العملية الجنسية سواء من عملية الايلاج نفسها أو من عض الفاعلين له في كتفيه الممتلئين بالجروح والكدمات فإنه يسعى بنفسه إلى اصطیاد الرجال لمزاولة العملية معه لم يكن له علاقات ثابتة ومستمرة مع واحد بعينه إلا في أحد فروع الشركة حيث توطدت علاقته مع عشيق قال عنه أنه الوحيد الذي كان يحترمه ولا يعامله بقسوة . ذكر أنه كان لذلك يضحى من أجله . إذ كان يكلف نفسه مالا طاقسة له به أحيانا ليسافر اليه بعد نقله من الفرع . وهذا الصديق بعيد عنه جداً حالياً ولكن هذا لن يمنعه من الذهاب اليه .

لم يفكر في العلاج من حالته بيد أنه لما فصل من العمل علت أمه من زميل

له في الشركة بسبب فصله فخرت مريضة ، ولما واجهته بالامر أنكر طبعا إنكارا تاما . ولأول مرة يحس بالعار ويرغب رغبة أكيدة في الشفاء .

كان الاب موظفا كبيرا في أحد التفاتيش الملكية ، وكانت إدارات هذه التفاتيش تبني في وسط المزارع تحيط بها مساكن الموظفين فتكون شبه مستعمرة للموظفين وعائلاتهم ، فيلعب الابناء سويا ويشبون معا .

هو الثالث بين إخوته ، له أخ وأخت أكبر منه تليه بنت وولدين . وصف حياته وهو طفل في أحد هذه التفاتيش بأنها كانت طيبة يحنو عليهم الاب والام إلى حد التدليل . وكان أخوه الأكبر قاسيا عليه يلعب مع الاطفال الكبار وينبذه . وكانت صديقته وزميلته أخته الأصغر منه . بدأ الاعتداء الجنسي عليه وعلى أخته معا وفي وقت واحد حين استدرجها الاطفال الأكبر منها ليلا للعب في أحد مخازن التبن . وصار الامر بالنسبة له عادة . وأصبح معروفا بين أبناء التفاتيش ممن هم في سنه ومن هم أكبر منه - والآباء في غفلة - يستغلون معه الترغيب أحيانا والإكراه أحيانا أخرى لممارسة العملية الجنسية معه . وظل الامر على هذا الحال في المرحلة الابتدائية والمرحلة الإعدادية ولما التحق بمدرسة المرحلة الثانوية أصبح هو يسعى إلى من يعتدى عليه جنسيا . وصف نفسه بأنه كان يشعر دائما بأنه قبيح المنظر ، وأنه كان دائما جبانا يخاف من هم أكبر منه ، وضعيف جسمانيا ويعزو هذا إلى معاملة أخيه الأكبر له . عرف أخوه بشذوذه وهو في المرحلة الثانوية فزادت قسوته عليه . ورغم تعلقه بأخته الأصغر منه فقد أحس بالغيرة الشديدة منها لما تزوجت . له خبرات جنسية حديثة مع بعض العاهرات بحارة لوملاثة الذين يسكن معهم حاليا والذين لا يتشككون في أمره . ويسكن معهم مؤقتا حتى يجد مسكنا مستقلا . وهو حريص على ألا

ينفضح أمره بينهم ، وإن كانت تعوزه الثقة في نفسه نتيجة لتاريخه الطويل . نام
أحدهم بجواره ذات ليلة لإزدحام المكان بالضيوف وكان سعيداً في اليوم التالي أن
الليلة قد مرت بسلام . وهو يتخذ ذلك دليلاً على إمكانية شفائه

ومن أطرف ما حدث له ومما يشككه في كل الناس ويعتقد أنهم جميعاً شواذ
أنه وقع في غرام طالبة لبنة أحد موظفي الشركة واجبته وتقدم لخطبتها من أبيها
فجاراه الأب مشروطاً عليه أن يعتدى عليه جنسياً أولاً . وتم الإعتداء ولكنه
لم يزوجها له . يحتفظ بصورتها معه ، ويأمل إذا شئ أن يعاود الكرة ، ولا زال
يكاتب الأب الذي طلب منه في آخر خطاب أن يستعد لاستقباله في الإسكندرية
لأنه يعتزم التصفيف عنده .

يمارس العادة السرية بإفراط وخياله فيها كما في الحالة السابقة تصوره لمن يعتدى
عليه جنسياً والقذف المصاحب لهذه الصورة .

ولعل أهم العناصر التي نود إبرازها في هذه الحالة .

١ - الإعتياد وإهمال الآباء في الرقابة . لاحظ إهمال الآباء في هذه الحالة ،
وحرص الأب الزائد في الحالة السابقة ونتيجة كلا منها واحدة .

٢ - الشعور بالجبن والشعور بالدمامة والشعور بالضعف .

٣ - السعى الحواذى لإصطياد الرجال رغم التمرض للافتهان
والاذى والفضيحة .

٤ - الاضطرابات النفسجسمية :

٥ - العادة السرية والخيال المصاحب لها .

٦ - الرغبة في العلاج بعد إكتشاف الام للامر والامل في الزواج .

ويلاحظ أنه رغم وجود عناصر مشتركة بين الحالتين السابقتين إلا أن لكل

حالة منها خصائصها وظروفها . وقد اخترنا هاتين الحالتين بالذات لتبين قوة الضبط في الحالة الأولى وعدم التورط اجتماعياً ، وضعف الإرادة في الحالة الثانية وضعف الضبط والانتحار الإجتماعي والمهني .

ولا يمكن أن نعزو الشذوذ في هاتين الحالتين إلى عوامل وراثية أو تكوينات جسمية معينة إذا استثنينا الاضطرابات النفسجسمية المشتركة إذ كان كل منها يتمتع بتكوين جسماني سليم . بل إن صاحب الحالة الثانية كان يعجب من أن عضوه التناسلي أكبر بكثير من أعضاء عدد ممن مارسوا معه العملية الجنسية . والواقع إنه في تحليل هاتين الحالتين سوف يجد معتق التفسير الفرويدي ما يدعو إلى تفسيرهما في ضوء عقدة أوديب وعقدة الخصى والتقمص المقلوب ، وسوف يجد أصحاب نظرية الذات مجالات للتفسير في ضوء عدم وجود النموذج السليم لامتناع الدور المناسب ، والفكرة الخاصة التي يستقيها الشاذ جنسياً من معاملة من هم حوله وكراهيته لنفسه . وهكذا سوف يجد صاحب كل نظرية ما يؤكد نظريته ... وهذا يؤكد لنا أنه يوجد أكثر من تفسير وأن المشكلة كأي مشكلة إنسانية أكبر من أن يفسرها رأي واحد . وغنى عن الذكر أن كثيراً ما يوصف الشواذ من هذا النوع بالسيكوباتية .

العادة السرية :

وتطلق على كل استثارة لمسية ذاتية تؤدي إلى اللذة الجنسية . فقد تكون الإثارة بلس الأعضاء التناسلية باليد أو بالضغط عليها بأي شيء آخر . ومن الخطأ اعتبارها انحرافاً جنسياً ، إذ هي عامة يمارسها الكبار والصغار . والنساء والرجال ، المتزوجون منهم وغير المتزوجين . وتبقى عموميتها عنها صفة الانحراف أو الشذوذ ، فقد وجد كنزى أن نسبة من يمارسون العادة السرية من الرجال في أمريكا هي ٩٢٪ ترتفع إلى ٩٦٪ بين شباب الجامعة ، وأن ٩٦٪ من

المزوجين يمارسونها مرة على الأقل كل أسبوعين : أما في النساء فهي منتشرة بينهن بنسبة ٦٢ ٪ ، كما أن غالبية النساء تشتق منها لذة جنسية قد تفوق أى لذة يحصلن عليها من الإتصال الجنسي .

وقد نسب كثير من الأضرار إلى العادية السرية كالعمى والسل ، والجنون ، وفقدان القدرة على أداء العملية الجنسية وغير ذلك . ويبدو أن في هذا الكلام كثيراً من المبالغة . ويتقد كزى بعض علماء النفس والمعالجين النفسيين والأطباء الذين يقولون أنه لا ضرر لها ، ثم يمحون فائدة هذا القول بالتعقيب عليه بقولهم بأن ممارستها قد تؤدي إلى تعود الفرد عليها وعدم استمتاعه باللذة الجنسية في الحياة الزوجية بعد ذلك مما لا يقوم على أساس علمي . فأقول لهم تدل على ترددكم وعلى مدى تأثرهم بالتراث الثقافي الذي لم يتمكنوا من التخلص منه ، ويبدو ذلك من الجهود التي يبذلونها لتشجيع الشباب في العزوف عنها ، فيزيدون بذلك من حدة الصراع الذي يعاني منه الشباب لممارستها ، ومشكلة الشباب التي يمارسها هي الصراع والشعور بالذنب اللذان يصاحبان ممارستها مما قد يؤدي ببعض إلى محاولة الانتحار . والصراع والشعور بالذنب لا أساس لوجودهما إلا في الخطر الوهمي الذي تغرسه فيهم الآراء الخاطئة عن هذه العادة . وقد وجد كزى في دراسته التي أجراها على ٥٣٠٠ ذكر أمريكي أن ٥١٠٠ منهم لهم خبرة بالعادة السرية ، ولم تؤد هذه العادة معهم إلى أي ضرر يمكن ملاحظته ، اللهم إلا في حالات نادرة كان أصحابها - أصلاً - يعانون من أمراض عقلية . وقد ذكر أن لديه من الأدلة ما يثبت أن آلافاً من الأولاد يعيشون في صراع دائم خوفاً من خطرهما ، بل ويحاول بعضهم الانتحار نتيجة للتعاليم الخاطئة ، بينما غيرهم من الأولاد ممن لم تزعمهم ممارستها ، كانت هذه العملية هي الملجأ الوحيد لهم للاشباع الجنسي ، ولإزالة التوتر العصبي ، وقد عانى هؤلاء الأولاد الذين كبجوا زمام أنفسهم ،

و يتمكنوا من التنفيس عن الدافع الجنسي بطريقة ما خوفاً من النقد أو لضعفهم بيولوجيا أو جسمانيا .

ولا تؤدي العادة السرية إلى حب العزلة أو الجنون أو الضعف الجنسي في الزواج ولكن قد يحدث أن يكون المحب للعزلة أكثر استعداداً لمزاواتها من غيره ، كما قد تكون هذه العادة عرضاً مصاحباً وليست سبباً في الإضطرابات النفسية والأمراض العقلية التي يعاني منها الأفراد . وينصب العلاج في هذه الحالات لأعلى علاج العرض ولكن على علاج المرض الأصلي والصراع المصاحب له . ويرى البعض أن العادة السرية قد تكون سبباً لاكتساب خبرات تمهد للنجاح في الحياة الزوجية لا الفشل فيها .

ويحذر بي أن أشير هنا إلى الخبرة التي قد يمر بها بعض الشبان فيفقدون الثقة في أنفسهم ويحسون في أعقابها بالقلق ، وهذه الخبرة هي الفشل في أداء العملية الجنسية في أول محاولة لهم مع النساء أو في محاولات تالية . فقد يعزو البعض ذلك إلى مزاولتهم للعادة السرية ، وهذا رأى خاطيء إذ أن هذه الخبرة أمر عادي يبعث عليها الخوف من الفشل الذي يؤدي إلى الفشل فعلاً . كما أن لرهبة الموقف ولجدة الخبرة أثراً في ذلك أيضاً . ويرجع الفشل عادة إلى عوامل نفسية قد تكون أعمق من ذلك ولا أثر للعادة السرية فيها .

ويعزو البعض سرعة القذف إلى العادة السرية . وهذا رأى خاطيء أيضاً ، إذ أن الرجال عادة أسرع وأسهل استئارة من المرأة وقد وجد كنزى في دراسته أن حوالي ٧٥ ٪ من الرجال يتمون العملية الجنسية في مدة لا تزيد عن دقيقتين ، وهذا الوقت لا تدخل فيه مدة المداعبة التي قد تطول أو تقصر تبعاً لما تعود عليه القرينان أو أحدهما ، كما أن عدداً كبيراً لا تستغرق معه العملية أكثر من دقيقة

واحدة ، وأحيانا عشر ثوان أو عشرين على الأكثر . ومن الخطأ اعتبار هؤلاء مرضى بالعصاب النفسى أو غيره كما يعتقد بعض الإخصائيين النفسانيين ، فهذا أمر عادى بالنسبة لكثير من الرجال وان كان من الممكن أن يتعلم الرجل كيف يتحكم فى نفسه فيطيل العملية الى خمس دقائق بل ونصف ساعة أو أكثر . إلا أننا اذا عرفنا أن عددا كبيرا من النساء تتطلب استئثارتهن مدة طويلة جدا ، وأن عددا كبيرا منهن لن يصل الى قمة اللذة الجنسية طيلة حياته ، وجدنا أنه من التعسف مطالبة الرجل بالانتظار حتى تتم للرأة لذتها ، ودون ذلك خرق القتاد .

الانحرافات الجنسية الأخرى :

١ - الترجسية : أو عشق الذات :

ويقصد بها عشق الذات أو غرام الفرد بذاته واعجابه بنفسه وشكله وجسمه ، ويتخذ هذا الفرد ذاته هدفا لإشباع دافعه الجنى ، فيجمع الصور العديدة لنفسه عاريا أو فى أوضاع مختلفة ، كما يقضى الساعات الطويلة أمام المراة متزيئا والهايتها واعجابه بنفسه ، ويكون الافراد من هذا النوع عادة محبين للعزلة ، وينوبون رقة وحساسية ، أو قد يتميزون بالبرود العاطفى وعدم القدرة على حب الغير ، فقد اتجه حبهم كله لأنفسهم فلم تعد هناك بقية منه لاحد . ويرى علماء النفس أنها حالة جمد فيها الفرد على المرحلة القضيية وأصبح لا يجد لذة جنسية إلا فى العادة السرية .

٢ - الاستعراء :

يقصد بذلك كشف العورة علنا للنساء فى مكان عام مما يضئ على الفاعل لذة جنسية لا يجدها فى غير هذا الفعل . والمصابون بهذا الانحراف عادة من الرجال المسنين ، وهم غالبا خجولون يمتريهم شعور بالعار مع فقدان القدرة على التحكم فى دوافعهم . ويفسر هذا الشعور بعدم حل عقدة أوديب وعقدة الخصى عند

الفرد . وما يجدر ذكره أن الثقافة العربية وثقافتنا - إلى حد ما - تقبل مظاهر الاستعراء في الفتاة فيما ترتديه من ملابس تمكشف فيها عن ساقها وتبرز مفاتيح أجزاء جسمها المختلفة .

٣ - الانحرافات القمية :

ويكون القم فيها مصدر اشتقاق اللذة الجنسية كلبس الأعضاء التناسلية للمرأة بالقم ، وتلذذ المرأة بأن يتم الرجل العملية الجنسية في قمها . ولا يعتبر كنزى هذين النوعين من الانحرافات الجنسية إذا كانا ضمن اللعب الجنسي الذي يسبق العملية بين الرجل والمرأة ، إذ وجد أن أكثر من ٦٠ ٪ من المتزوجين من بين المتعلمين في أمريكا يقوون بذلك كتمهيد للعملية الجنسية نفسها ، ويعتبران انحرافا حين تقتصر اللذة الجنسية عليها . ويرى المحللون أن المتحرفين من هذين النوعين قد نكسوا إلى المرحلة القمية الأولى وجدوا عليها .

٤ - الأثرية :

ويقصد بها اتجاه الدافع الجنسي نحو أثر من آثار المرأة يرمز لها كالملايس الداخلية والاحذية والحلي وما شابه ذلك ، ومن مظاهرها إصرار البعض على أن ترتدى من تؤدي معه العملية الجنسية نوعا خاصا من الملايس أثناء العملية ، أو وجود رائحة خاصة ، أو ترتيب السرير وتزيينه بزينة خاصة . والمتحرفون من هذه الفئة قد يقعون في مشاكل توقعهم تحت طائلة القانون لدخولهم المنازل أو المحال التجارية عنوة لسرقة بعض الأشياء أو الملايس التي تشبع دافعهم الجنسي ، وهؤلاء يعانون عادة من خوف كراهية النساء لهم وعدم رغبتهم فيهم ، فيجدون فيما يسرقون رمزا لسيطرتهم عليهم ، وقد يكون المتاع المسروق بينة وبين عضو المرأة التناسلي شبه كقطعة الفرو أو القطيفة .

٥ - مرض السرقة :

وقد يعتبر الدافع إليه دافعا جنسيا وخاصة في النساء ، ويمزوه النفسيون إلى عقدة غير المرأة من القضيبي . وترمز السرقة حينئذ للرغبة في تجريد الاب أو الرجل من سلاحه الذي يتميز به عليها .

٦ - السادية والماسوكية :

وهما طريقتان لإشباع الدوافع الجنسية عن طريق الإيلام والتألم المتبادل . وتوجد السادية عادة في الرجال ، إذ لن يجد هؤلاء لذتهم إلا بإيلام الضحية وتعذيبها ورؤية دمها يسيل أحيانا . وتوجد الماسوكية عادة في النساء ، ويقصد بها الرغبة في الألم والعذاب على أيدي العاشق ، وتوجد السادية والماسوكية عادة منلازمتين في الفرد الواحد . ولا تقتصر هاتان النزعتان على الناحية الجنسية التي تسبق أداء العملية الجنسية بل تتغلغلان في حياة الفرد العقلية فيصبن كل سلوكه وأفعاله في الحياة العامة وفي معاملاته مع الناس . ويكون نكوص هؤلاء وجمودهم عادة على المرحلة الشرجية .

هذه بعض الانحرافات الجنسية التي تؤدي إليها التربية الخاطئة وما يتبعها من كبت ونكوص إلى مرحلة من مراحل النمو الجنسي والجمود عليها ، ويجب أن نؤكد أن الشذوذ أمر نسبي يتوقف على الثقافة ومعاييرها ، فما قد يعتبر شاذاً في ثقافة ما قد لا يعتبر شاذاً في ثقافة أخرى ، وإن كان الإتجاه الحديث يحدد مدى الشذوذ بمدى ما يتضمنه من صراع بصرف النظر عن المعايير الثقافية . كما يجب أن نؤكد أن السلوك الشاذ لا يختلف عن السلوك العادي في النوع ولكن يختلف عنه في الدرجة ، وليس هناك حد فاصل لبيان الدرجة التي تفرق بين السلوك الشاذ والسلوك العادي .

يضاف إلى الانحرافات الجنسية التلصص على الغير أثناء أداء العملية الجنسية أو الإشباع الجنسي مع الحيوانات وتزين الرجال بزي النساء والعكس بالعكس .

ونحن لا نعرف مدى إنتشار ما يسمى بالانحرافات الجنسية وغيرها في ثقافتنا لانعدام البحوث العلمية في هذا الميدان . ونحن في حاجة ماسة إليها ، ولا شك أن هذه البحوث قد تكشف لنا الكثير من الحبايا التي قد يؤدي إيضاها إلى تصحيح كثير من الأخطاء الشائعة حول الدافع الجنسي وتغيير وجهة النظر التي تنظر بها إلى ما يسمى بالانحرافات .

الفرق بين الانحراف الجنسي والجريمة الجنسية :

من المراض السابق للانحرافات الجنسية نجد أن بعض اقوانين تقسع لتجرم ما يعتبر شاذاً جنسياً ، بينما تضيق بعض القوانين الأخرى كالقانون المصري مع تضمنها ما قد يعتبر شاذاً وما لا يعتبر شاذاً أيضاً .

والواقع أن الكثيرين يخطئون بين الجريمة الجنسية والانحراف الجنسي ، ويوجد هذا الخلط حتى في الكتب العلمية ، فقد يكون الفرد من مرتكبي جرائم الاغتصاب ومع ذلك قد لا يعد شاذاً جنسياً ، وقد يكون الفرد شاذاً جنسياً كالماسوكي الذي لا يجد لذة جنسية إلا إذا ألعب بالوسط ومع ذلك لا يرتكب جريمة من الجرائم الجنسية المنصوص عليها في القانون .

ويعرف الشذوذ الجنسي عند البعض بأنه سلوك جنسي مضطرب يختلف إختلافاً بينا عن السلوك السائد في مجتمع من المجتمعات ويعتبر سلوكاً مرضياً . غير أن تدخل المعايير القانونية ، والنفسية ، والاجتماعية أدى إلى الخلط في التعاريف

لذلك تعتبر العملية الجنسية التي يقوم بها الفرد شاذة إما طبقا للتعريف الاحصائي أو القانوني ، أو الثقافي ، أو من ناحية عدم القيام بالوظيفة التناسلية البيولوجية أو من ناحية الضرر الجسماني ، أو الضرر النفسي .

ويرى اليس Ellis أن كل هذه التعاريف فيما عدا التعريفين الأخيرين يبدو فيها عدم الاضطراب الداخلي أو عدم الاتفاق مع المنطق . فالتأخر الجنسي (الرغبة في رؤية الغير ومون بالعملية الجنسية أو رؤية الأعضاء الجنسية للغير سرا) والاحتكاك الجنسي بأفراد الجنس الآخر في الزحام تعتبر من الانحرافات الجنسية غير أنها من الناحية الاحصائية تسود بين كثير من أفراد المجتمع . والاعتصاب وأداء العملية الجنسية بالإيلاج في العضو التناسلي ولكن في أوضاع غير الوضع المعتاد يعتبر شذوذاً إحصائياً لقلته غير أنه نادراً ما يعتبر شذوذاً جنسياً .

كما أن التعريف القانوني والثقافي للانحراف فيه ثغرات تبين عدم الاضطراب وعدم الاتفاق مع المنطق لأنه لا يوجد قانون في أغلب المجتمعات يعاقب فرداً لا يتوصل إلى اللذة الجنسية إلا إذا ألهم بالسوط أو طلب من الشريك في العملية الجنسية إهانته وسبه على الرغم من إجماع كتب الطب النفسي على أن هذا إنحراف جنسي ما سوكي . كذلك على الرغم من أن معظم قوانين العالم ومعظم المجتمعات تعاقب البغي وتنتقدها لا يوجد إحصائي نفسي أو إحصائي في الطب العقلي يعتبرها شاذة لمجرد ممارستها تجارتها .

أما من ناحية تعريف الانحراف من وجهة النظر البيولوجية وعدم أداء وظيفة التماسل فيؤخذ على هذا الرأي رغم تمسك كثير من رجال الدين به أنه طبقاً لمعايير كل رجل يجامع زوجته مستخدماً موانع الحمل الميكانيكية شاذاً جنسياً .

ونظراً لأن التعاريف الاحصائية والقانونية والثقافية والبيولوجية التناسلية تقوم عليها كثير من الاعتراضات يحاول العلماء حالياً وضع محكات مقبولة وأكثر موضوعية لتشخيص الانحراف الجنسي . ويرى اليس أن التعريف الذى يبدو أن الكثيرين بدأوا فى تقبله هو : أن الشخص يعتبر منحرفاً جنسياً إذا كان يقوم بانتظام وبدون منطق - بسحق لإتهاماته الجنسية - أى أنه يضر نفسه - دون سبب معقول جسمانياً أو نفسياً بالاندماج فتشياً * فى عمليات جنسية معينة، أو الامتناع مقاوماً الفتشية عن القيام بعمليات جنسية معينة .

ويعلق اليس على هذا التعريف بأنه كغيره من التعاريف توجه إليه الانتقادات من كثير من علماء الجريمة والنفس والطب عقلى ، غير أن الاتجاه يميل إلى زيادة تقبله : وطبقاً لهذا التعريف كما يرى اليس يعتبر الفرد شاذاً إذا كان فى كل الظروف لا يتمتع إلا بشكل واحد خاص من أشكال النشاط الجنسي ، أو إذا كان جامداً وبشكل حواذى على نمط واحد من أنماط السلوك الجنسي ، أو إذا كان مرتبطاً برباط جامد وبخوف إلى شكل واحد أو شكلين من أشكال المشاركة الجنسية ، أو إذا كان يهر وبشكل غير منتظم وضد نفسه فى الاستمرار فى عمليات جنسية تعظم كيانه .

والمنحرف جنسياً بالتالى إما أنه يقوم بكف نفسه بشكل غير مناسب ويقتصر لفزعه فى نشاطه الجنسي على طرق محدودة ، أو أنه لا يقيد نفسه محطاً ذاته فيندمج فى سلوك يودى به إلى عقوبات قانونية أو شخصية وخيمة . ومعظم المنحرفين جنسياً لا يجذبهم إلا نوع معين أو يعزفون عن نوع معين من المثيرات الجنسية

* الفتشية : نوع من الانحراف الجنسي يستبدل فيه الموضوع الجنسي السوى بموضوع آخر متعلق به وإن كان غير ملائم لاشباع الجنسي السوى .

(فالسادی لا يجذب عادة إلا لمن سوف يخضع له ، ولن يجذب أصحاب المثلية الجنسية مع الصبية إلا إلى الصبية) ويعزف أصحاب الجنسية المثلية عن مجرد التفكير في اتيان العملية الجنسية مع امرأة . ويلاحظ أن معظم المنحرفين جنسيا من النوع المنجذب والنوع العازف يستمرون في ممارسة شذوذهم دون الإحتكاك بالقانون .

ويحاول اليس التمييز بين الشذوذ الجنسي وبين ما يسمى بالممارسة الجنسية « غير الطبيعية » والتي يقصد بها غالبا ممارسة العملية الجنسية بين ذكر واثني من البالغين وبموافقة كل منهما في فتحات غير الفرج ، فيقول « لأنه على الرغم من أن أى فرد لا يتمتع باللذة الجنسية إلا إذا كانت فيه أو شرجية ويعزف تبعاً لذلك عن اتيان العملية الجنسية في الفرج حين تسمح الظروف بها يعتبر شاذاً جنسياً ، غير أنه لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نقول أن أى فرد يتمتع بأداء العملية الجنسية في غير الفرج متعة تعادل متعته بأدائها في الفرج منحرفاً أيضاً . بل الواقع من وجهة النظر النفسية ، يحق القول بأن بعض الأفراد الذين يقومون بالعملية الجنسية بالطريقة المألوفة وحدها والذين لن يحاولوا تحت أى ظرف أداء العملية مع المرأة بغير هذا الشكل مصابون بالخوف والجمود ، ويعتبرون بطريقة مخففة شواذاً أيضاً .

ونحن لا نجرد اليس في هذا القول مع تحفظاته كاشتراط موافقة الشخصين (الذكر والاثني) وأن يكونا بالغين، ووجود الظروف الخاصة ، والتمتع باتيان العملية في الفرج... الخ . من تأثرة بثقافته الغربية ومن الحالات الاكلينيكية التي عرضت عليه، إذ أدى إنتشار الممارسات الجنسية غير العادية بين الذكور والاثناث في المجتمع الغربي، ورغبة الممارسين لها من التخفيف من حدة الصراع والشعور بالذنب المصاحب لهذه

الممارسات إلى محاولة كثير من علماء النفس والمتخصصين في الامور الجنسية إلى التخفيف من حدة الصراع والشعور بالذنب بتبريرها على أنها ليست عادة ما دامت تساوى لنتها عند ممارستها بلذة العملية الجنسية بالطريق المعتادة هذا بالإضافة إلى أن الصدفة التي تجمع بين رجل وامرأة يتقبل كل منها مثل هذه الممارسات دون مجاملة للشريك الآخر ، ودون ألم نفسى لاحدهما لاحتمالها قليلة خاصة في المجتمعات التي يلعب فيها الدين دورا كبيرا . وإن كان كنزى كما سبق أن بينا في حديثنا عن الانحرافات الفمية لم يذهب إلى هذا الحد من التطرف واعتبر الملامسة الفمية فقط عادة إذا كانت من اللعب الجنى السابق لاثيان العملية بالطريق العادى .

والخلاصة أنه ليس من الضروري أن يكون مرتكبوا الجرائم الجنسية من المتحرفين جنسيا أو المضطربين نفسيا . فجريمة الزنا على سبيل المثال ليس من الضروري أن يكون الزوج الخائن فيها أو الزوجة الخائنة من أولئك الذين يعانون من الشذوذ أو الاضطراب النفسى . كذلك ممارسة العملية الجنسية مع فتاة دون السن القانونى ، ليس من الضروري أن يكون الجانى فيها من أولئك أيضا اللهم إلا إذا كانت هواية تمارس مع مثل هذا النوع من الفتيات رغم مافها من خطورة .

ويفرق العلماء بين المجرم المنحرف جنسيا ، والمجرم المنحرف نفسيا ، فيرى البعض أن المجرم المنحرف جنسيا فرد يقترب الجريمة الجنسية لأنه مدفوع بخوف أو قهريا لإرتكاب هذا السلوك المحرم في بيئته . والخوف أو العدوان الذى يدفعه لإرتكاب جريمته خوف جنسى أو متعلق بالسلوك الجنى . فتتurf جريمة الجنسية المثلية الذى يعتدى على صغار الصبيان قد يكون لديه خوف من الفشل إذا ما أتى العملية الجنسية مع امرأة ، أو قد يكون لديه عدااء شديد نحو النساء وبالتالي لا يفضل إلا الجنسية المثلية .

أما المنحرف نفسياً فهو شخص يقترب أى جريمة جنسية أو غير جنسية لانه مدفوع بخوف أو بثورة لتحدى القواعد العامة . لذلك قد يكون المنحرف نفسياً شخصاً يخشى أن يوصف بالضعف أو بأنه ليس رجلاً ، أو قد يكون لديه عداوة نحو الناس فيلجأ إلى السرقة أو الجرائم الجنسية كالاعتصاب وما إليها .

لهذا قد يكون مرتكب الجريمة الجنسية إما منحرفاً جنسياً أو منحرفاً نفسياً والمنحرف نفسياً يرتكب في العادة جرائم أخرى مع جرائمه الجنسية .

ويقسم إليس مقتربى الجرائم الجنسية الى الفئات الآتية

١ - فئة من مرتكبي الجرائم الجنسية أسوياء وليسوا بمنحرفين نفسياً أو جنسياً كمقترب جريمة الخيانة أى اتخاذ خلية فى أمريكا (ليست مجرمة فى مصر) أو مقترب جريمة الزنا .

٢ - فئة منحرفة جنسياً غير أنها ليست منحرفة نفسياً (كالمثليين على العمليات الجنسية) فقد يكون من النجواين جنسياً غير أنه قد لا يكون مضطرباً نفسياً .

٣ - فئة منحرفة جنسياً ونفسياً مثل المرضى بالاستعراض الجنسي فهم الى جانب وجود المشكلة الجنسية ، فى سلوكهم اعتداء على جمهور المشاهدين .

٤ - فئة ليست منحرفة جنسياً ولكنها منحرفة نفسياً (مثل المريض بالذهان الذى يمارس العادة السرية علناً أو يمشى عارياً فى الطرقات لا لأن لديه مشكلة جنسية ولكن لا يضطربه العقل .

علاج مرتكبي الجرائم الجنسية والمنحرفين جنسياً :

لا تعتبر الخيانة فى مصر جريمة وهى بالتالى لا تعتبر من الانحرافات الجنسية اذا كانت بديلاً للزواج يضطر اليها بعض الناس . ولا تعتبر جريمة الزنا انحرافاً

جنسيا أيضا اللهم إلا إذا كانت نمطا متكررا مع عديد من الأفراد لامس
فرد واحد .

والقانون المصرى يعتبر تقديميا فى عدم تجريم المخادنة ، واللواط ، والسحاق ،
مادامت هذه الممارسة تتم بين شخصين بالغين باتفاق وبغير علانية ، والاتجاه
السائد بين علماء النفس المعاصرين يتفق وهذا الاتجاه ، وذلك لأنه ثبت أن هذا النوع
من الانحراف الجنسى من الانحرافات المستعصية على العلاج ، مع وجود بعض
الحالات التى يدعى معالجوها بنجاحهم فى العلاج معهم ، واستعصاء حالات الجنسية
المثلية على العلاج أدى بالبعض إلى اعتبار المتحرفين من هذا النوع من السيكو باثيين .
ويفيد العلاج النفسى معهم فقط فى إزالة الأعراض العصابية المصاحبة .
وفى الحالتين السابق عرضها كان العلاج ينصب على تخلص العميل من نزعاتها
الانتحارية ، وزيادة قوة ضبط الانا حتى لا يضطر الواحد منهم إلى كشف نفسه
وافتناع أمره .

الفصل الواحد والعشرون

الادمان

١ - ادمان المخدرات *

مقدمة :

في محاولة لمرض ما كتب عن إدمان المخدرات في السنوات الست الماضية ، لم يجد المؤلف بعد تصفحه لمجلة المستخرجات النفسية Psychological Abstracts منذ أوائل عام ١٩٦١ حتى منتصف سنة ١٩٦٥ سوى ٢٢ بحثاً وتقريراً ودراسة عن مدمني المخدرات في مقابل ١٣٣ عن مدمني الخمر . ويقين من هذه الملاحظة أن مجال إدمان المخدرات لم يبحث بعد البحث الكافي كما هو الحال في ادمان الخمر . وقد يمرى ذلك إلى :

١ - احتمال أن عدد مدمني المخدرات قد يكون أقل من عدد مدمني الخمر خاصة في البلاد الغربية .

٢ - احتمال أن ادمان المخدرات لا يعتبر خطيراً كادمان الخمر ، وخطورة المشكلة في العادة تقين في مدى اهتمام العلماء بها .

٣ - احتمال أن الباحثين يجدون من السهل عليهم التوصل إلى حالات مدمني الخمر بينما يجدون صعوبة في التوصل إلى مدمني المخدرات نظراً لأن القوانين في

* بحث القاء المؤلف باللغة الانجليزية في الحلقة الطبية الثانية للكشف عن الجريمة بالوسائل الطبية من ٣ - ٦ أبريل ١٩٦٥ .

معظم بلاد العالم تحارب ادمان المخدرات قانونا ، ولا ينطبق هذا على معاقرة الخمر .
لذلك يجد الباحث أن المعلومات عن إدمان المخدرات ضحلة وليست كافية وهذا
يفتح المجال لكثير من الآراء والتخمينات غير المدعمة عليها . ويقول وينيك
(١٩٦١) : تبعا لذلك على الرغم من النفقات الضخمة التي يكافها الإدمان لا يوجد
برنامج واحد للبحث العلمى فى هذا الميدان اللهم إلا البحث المعملى الفرما كولوجى
فى مستشفى لكسنجتون فى الولايات المتحدة الأمريكية . .

وفى مصر قام المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية ببحث تعاطى
الحشيش . وقد بدأ هذا البحث فى سنة ١٩٥٧ ، وقد تم حتى الآن نشر تقريرين
عن هذا البحث ، وتلقى النتائج الأولية بعض الضوء على تعاطى الحشيش فى مصر
وسوف نقتبس بعض النتائج فى أماكن مختلفة من هذا البحث .

تعريف :

تتضمن التعاريف الطبية والطب نفسية للإدمان ثلاثة مظاهر متصلة هى :
التحمل ، والاعتیاد ، والتواكل الجسمانى . ويقصد بالتحمل إزدیاد قله أثر نفس
الجرعة التى يتعاطاها المدمن ، أو الحاجة إلى زيادة الجرعة للحصول على أثر مماثل
لأثر الجرعة الأولى . أما الاعتیاد فيقصد به الحاجة الإنمالية والنفسية التى يشبعها
المخدر . ويقصد بالتواكل الجسمانى حاجة الجسم للمخدر ، فإذا لم يتم الإشباع
ظهرت خصائص معينة تعرف بمجموعة أعراض الحرمان . ولا يودى إلى هذه
الخصائص الثلاث إلا إدمان الأفيون ومستخرجاته ومثيلاته ، ومشتقات حامض
الباريتيوريت . والمخدرات المشهورة التى تؤدى إلى الإدمان هى الأفيون وأوراق
الكوكا والحرامض التى لاتعد ولا تحصى المشتقة منها وأهمها المورفين ، والحوارين ،
والكودين المشتقة من الأفيون .

ولا تطابق التعاريف القانونية دائما التعاريف الطبية والنفس طية . فبعض العقاقير التي لا تؤدي إلى الإدمان الفسيولوجي ، والمهدئات التي قد تؤدي إلى الإعتياد على الرغم من أنها لا تؤدي إلى مظهرى التحمل ، والنسواكل التي تؤدي إليها الأفيرون ومشتقاته تصنف قانونا بين المخدرات ويعاقب على تعاطيها واشهر هذه الاصناف الحشيش والبنزندرين والكوكايين . والمدمنون على هذه الاصناف يسمون بالمهيئين أو المعرضين للإدمان وتتناول التعاريف القانونية في العادة في الاعتبار لا مجرد الإعتياد فحسب ولكن أيضا حماية الاخلاق العامة ، والصحة ، ورعاية الفرد والمجتمع . ففي سنة ١٩٥٠ توسعت المنظمة العالمية للصحة إلى تعريف الإدمان يمثل في الواقع التعاريف القانونية وخلاصته أن إدمان المخدرات هو حالة ثبات دورية أو مزمنة محطمة للفرد والمجتمع يؤدي اليها الاستهلاك المتكرر لعقاقير طبيعية أو مركبة كيميائيا . ويتضمن هذا التعريف المخدرات التقليدية التي يستخدمها المدمنون وتلك التي يستخدمها من اسميناهم بالمهيئين للإدمان . وفي سنة ١٩٦١ قدمت لجنة الخبراء العقاقير التي تؤدي إلى الإدمان في الأمم المتحدة قائمة بالعقاقير الجديدة وتتضمن العقاقير التقليدية وتلك التي تخضع حاليا للرقابة الدوائية .

أما المحللون النفسيون فيتكلمون عن أنواع مختلفة من الإدمان ويعتبرونها جميعا اندفاعات مرضية والباعث وراء هذه الإندفاعات هو الحاجة إلى الحصول على شيء يتضمن لا مجرد الإشباع الجنسي ولكن يتضمن أيضا الشعور بالأمن والتعصيد وتأكيد الذات وكلها تعتبر أمورا جوهرية لكيان الفرد ذاته ، فيتكلمون عن إدمان المخدرات ، وإدمان السرقة ، وإدمان الأكل ، وإدمان الحب ... الخ . فمدمن السرقة على سبيل المثال يتمتع في دائرة مغالطة عواقبها وخيمة لأن السرقة عنده لا تصبح كافية لإشباعه نفسيا . فيستمر في السرقة سعيا وراء هذا الإشباع

الذى لن يتوصل اليه . ويسمى هذا تبعا لذلك بمرض السرقة . أما أولئك الذين يندفعون بشراهة لإستهلاك الطعام وبكميات غير معقولة فهم مدمنون وطعام . ومدمنون الحب هم أولئك الذين يلعب عندهم الحب الذى يصفيه عليهم أشخاص آخرون نفس الدور الذى يلعبه الطعام عند مدمنه على الرغم من هجرهم عن إعطاء الحب للآخرين . والناحية الجنسية عندهم فى العادة مفرطة . ولا يختلف مدمنون المخدرات عن أولئك « المدمنين بدون مخدرات » إلا فى التأثير الكيمائى للمخدر . وتشير لفظة الادمان إلى الحاجة الحادة وعدم كفاية أى محاولة لإشباعها . يقول فينكل :

« إن المدمنين أفراد لديهم استعداد الاستجابة للكحول والمورفين وغيرهما من العقاقير بطريقة خاصة ، هى أنهم يحاولون استخدام آثارها لإشباع الرغبة الفمية الخالدة وهى رغبة جنسية ، والحاجة للاحتفاظ بتقدير الذات ، وسوف نعود إلى هذا التعريف ثانية فى مناقشتنا لوجهة نظر التحليل النفسى فى العوامل السلبية .

الفروق الثقافية فى تعاطى المخدرات :

من الطريف أن بعض المخدرات مفضلة فى بعض الثقافات دون الأخرى ، ويتبين هذا من معرفة الكميات التى تستهلكها دولة من الدول من المخدر المفضل . ففي الولايات المتحدة الأمريكية يأتى المورفين فى المقام الأول يليه الهيروين ، بينما يعتبر « دمنو الماريوانا » (ما يقابل الحشيش فى مصر) والافيون أقلية . وإذا ما زيد على ١/٤ « دمنى المخدرات فى أمريكا المورفين للسلطات فى الولايات المتحدة يتعاطون الهيروين (وينيك ١٩٦١) . أما فى « مصر وفى أمريكا اللاتينية فالحشيش هو المخدر المفضل ، وتبين المعلومات التى نشرها « مكتب الإستعلامات المركزى

للخدرات في القاهرة أن كمية الحشيش المستهلكة في مصر قد زادت باضطراد خلال العشرين سنة الماضية بينما أخذت نسبة إستهلاك أنواع أخرى كالهيريون والكوكايين في الانخفاض . ويعتبر الأفيون المخدر الثاني الذي يأتي بعد الحشيش في المرتبة .

وفي رأي أن هذا التفضيل قد يعود إلى المستويات الاجتماعية في الثقافات المختلفة وقد يعزى أيضا إلى سهولة الحصول على المخدر أو صعوبة تباعها ، وثمنه ، والآثار التي يعطيها ، وسهولة التهريب والتوزيع . فلا شك أن ملاصقة مصر وقربها من بعض الدول التي تزرع الحشيش يعتبر سببا من أسباب إنتشاره في مصر . وفي البحث الذي أجراه المركز عن مدمني الحشيش في مصر ذكر أفراد العينة أن الحشيش مفضل عندهم لسهولة الحصول عليه وبقاء أثره مدة طويلة . والمعروف أن الكوكايين غالي الثمن في سوق التهريب ، كما أن آثاره لا تدوم طويلا ، كما قد يؤدي تعاطيه إلى حالة من القلق الزائد بعد زوال أثر الجرعة ، هذا بينما نجد أن للهيريون سوقا رائجة ، أرباحها طائلة ، تبرر مخاطرة المساهمين في تجارته . كما أن من المعروف أن قوة الهيريون تعادل قوة المورفين مرتين وهو المخدر المفضل عند كثير من المدمنين في البلاد الغربية .

ولا ينتشر الإدمان بين النساء بالدرجة التي ينتشر بها بين الرجال . والمدمن العادي في الولايات المتحدة مثلا الآن هو الشاب الحدث الذي يأتي من مناطق متخلفة ، بينما يقع مدمنو الحشيش في مصر كما بين البحث في مدى العمر بين ٢٠ - ٤٠ سنة ، ويتقدم العمال الصف في فئات المدمنين .

وعما يجدر ملاحظته أن إدمان المخدرات لا يعتبر مشكلة في بعض البلدان . فنولندا على سبيل المثال تعاني من إدمان الخمر بينما يندر وجود مدمن المخدرات .

ونتوقع وجود إختلافات بين الثقافات فى طريقة تعاطى المخدر ، ويتوقف ذلك أيضا على نوع المخدر المفضل .

مجموعة امراض الحرمان :

إن مجموعة أعراض الحرمان، أى التوقف عن تناول المخدر عند المدمن المعروفة التى يذكرها الكتاب تلمح فى أبسط حالاتها فى الشاؤب ، ودهوع العينين ، ورشح الأنف ، والمطاس ، والعرق، ينلو هذه الأعراض فقدان الشهية ، واتساع حدقتى العين ، والرعدة ، والقشعريرة . وكلما زادت حدة الأعراض ظهرت أعراض الحمى ، والتففس العميق ، والأرق، وارتفاع ضغط الدم ، وعدم الشعور بالراحة . وأشد الأعراض حدة هى القيء ، والإسهال، وفقدان الوزن ، وتزول الأعراض بالعودة ثانية إلى المخدر .

الآثار الخاصة لبعض المخدرات :

لكل مخدر آثاره الخاصة . فقد سأل تشيزيك (١٩٦٠) ٤٢ من مدمنى الهيروين من النساء والرجال أن يصفوا إحساساتهم أثناء تناول المخدرات أو بعدها مباشرة ، وتحديد مكان هذه الإحساسات، وطول مدة استمرارها ، وإذا ما كانت هناك رغبة فى النوم، وإذا ما كانت هذه الرغبة تعاضب أو تتبع أو تسبق الإحساس، والخيالات المصاحبة إذا كانت هناك خيالات فعلا . أعطى المخدر لجميع الحالات فى الوريد. لقد شابهت إحساساتهم إحساسات المومس مع تباطؤ فى إدراك الزمن . وتركزت معظم الإحساسات الجسدية فى المعدة التى أحس المخصوصون وكأنها ممتلئة . وتركزت الخيالات حول الأم... وخفت حدة الدرافع الجنسية والعذوانية. وفى العلاج يتحول المعالج إلى بديل الأم ، ويتوقع المدمن من المعالج اشباع كل حاجاته دون أدنى تعبير منه عن هذه الرغبة .

وفي دراسة لسافيدرا (١٩٥٩) عن إدمان الكوكايين في أمريكا اللاتينية يقسم آثار الإدمان على الكوكايين إلى آثار حادة وأخرى مزمنة . ويذكر أنه بما يزيد من حدة الآثار المزمنة سوء تغذية المدمنين . ووجد أن أكثر من ٥٠ ٪ من المدمنين يعانون من هذه الآثار المزمنة : اختلال التوازن النفسى ، الافتقار إلى الحيوية والمبادأة ، عدم القدرة على الحكم ، وعدم القدرة على تحمل المسؤولية ، وانحطاط الذكاء على كل اختبار من الاختبارات .

وفي محاولة لبيان أثر إدمان الحشيش تضمنت استمارة الاستبيان فى البحث المصرى أسئلة لبيان مدى تأثير عمليات نفسية معينة بالحشيش أثناء تعاطيه وبعد أربعة وعشرين ساعة من زوال أثره ، فتبين أن الوظائف الإدراكية من الوظائف التى تتأثر بالمخدر ، إذ تضطرب القدرات على إدراك الزمن ، وإدراك المسافات ، والحجم ، والأصوات . إذ يدرك الوقت وكأنه يمر ببطء ، وتذكر المسافات أطول من حقيقتها ، ويميل الحجم الظاهري للأشياء إلى التضخم ، وتصبح الألوان اعتم أو أفتح من طبيعتها ، ويتأثر الإدراك السمعى للأصوات ، وتبدو الصورة مهزوزة . غير أن كل هذه الإضطرابات تكون وقتية ، ويصبح الإدراك عاديا بعد زوال أثر المخدر . أما الذاكرة فقد ذكرت نسبة ٤٢ ٪ أن الذاكرة يعثر بها الضعف ثم تعود إلى طبيعتها ثانية . ويبدو أن سلامة التفكير لا تتأثر بالمخدر ، غير أن نسبة ٧٥ ٪ ذكرت أن موضوعات الحديث ومجرى التفكير تتغير بسرعة تحت تأثير المخدر .

كما وجد أن سمات مثل السيطرة ، والتردد ، والاجتماعية ، والانبعاث ، تتأثر بالمخدر ، إذ يصبح المدمن أقل سيطرة ، وأكثر ترددا ، وأكثر اجتماعية ، وأكثر

إحياء ، وأكثر تفاؤلا أثناء تناول المخدر ، غير أن هذه السمات جميعا تقلب إلى ضدها في حالة الحرمان .

الادمان والناحية الجنسية:

أجريت تجارب عدة لبيان أثر المخدرات المختلفة على الناحية الجنسية . ففي بحث أجراه سيفرز (١٩٣٦) وجد أن النشاط الجنسي في القردة المدمنة على تعاطي الهيرويين يضعف ثم ينشط ثانية وبشكل كبير عند منع المخدر عنها . وفي بحث أجراه تاتوم وكولينز (١٩٢٩) على الكلاب بحقنها بانتظام بالمورفين أن الناحية الجنسية عندها زاد نشاطها . كما وجد كومب ودمير (١٩٣١) نفس النتيجة في القردة باستخدام نفس المخدر . إذ زادت ممارستها للعادة السرية . غير أن المورفين يضعف الرغبة الجنسية والقدرة عليها في الإنسان ، وكما زادت الفترة التي يمنع فيها المدمن عن هذا المخدر كلما عادت له طاقته الجنسية . فقد وجد تيزي وبيلين (١٩٣٨) أن الحرمان من المخدر يؤدي إلى استمرار الانتصاب وتكرار القذف عند الرجال المحرومين منه ، بينما يحدث للنساء لذة جنسية تلقائيا ... أما سبراج (١٩٤٠) فقد وجد أن المورفين يعمل كمنبه جنسي في الشمبانزي الذكور ، إذ بعد تناول الجرعة اليومية بقليل يحدث لها انتصاب وتمارس العادة السرية وتدفع لأداء العملية الجنسية مع الإناث ، ثم تأخذ الرغبة الجنسية والقدرة على إتيان العملية الجنسية في الضعف تدريجيا خلال الأربع والعشرين ساعة حتى يحين ميعاد الجرعة التالية . ولا يوجد تفسير لهذه الاختلافات بين الحيوانات والإنسان . ففي بحث لتشيزيك (١٩٦٠) يذكر أن المدافع الجنسي عند الرجل والاثني يضعف بمقتن الهيرويين في الوريد .

وفي الدراسة المصرية ذكرت نسبة ٧٧٪ من مدمني الحشيش أنها تستمر

مدة أطول في العملية الجنسية تحت تأثير المخدر ، كما ذكرت نسبة ٨٠ ٪ أن المخدر يزيد من حدة الرغبة الجنسية ، وذكرت نسبة ٦٠ ٪ أنه يسهل استئثارها جنسيا تحت تأثير المخدر . وتؤكد هذه النتائج الإعتقاد السائد بين العامة أن تعاطي الحشيش يزيد من قدرة الرجل الجنسية . ومن الطريف أن ٨٠ ٪ من المدمنين ذكروا أن المرأة تصبح أكثر استجابة لهم في العملية الجنسية . وقد علق التقرير على ذلك بأن هذا قد يرجع لا إلى القدرة الجنسية التي يزيد المخدر من حلتها ولكن إلى نزعة المدمن تحت التخدير إلى أن يكون أكثر ملاطفة للمرأة وأكثر إيجابية في اللعب الجنسي قبل بدء العملية نتيجة لحالة الفرفشة ، التي يكون عليها .

الادمان والأمراض العقلية :

قام دويتو وزملاؤه (١٩٦٢) بدراسة في سجون بلدة باهيا في البرازيل لمعرفة العلاقة بين ادمان تناول القنب والأمراض العقلية ، والعلاقة بين الادمان عموما والجريمة . وتبين طبقا للنتائج التي توصلوا اليها أن ادمان تناول القنب لا يعتبر عاملا من العوامل المسببة للاضطرابات العقلية ، غير أنها حالة تسود بين الشخصيات المضطربة ، وتناول القنب يسود مع غيره من العقاقير المخدرة في أفراد تلعب فيهم العوامل الوراثية عملا . ويميل المدمنون الى الجرائم ضد الممتلكات وتكرار العود .

وفي سنة ١٩٦٢ قام ساريج وزملاؤه بدراسة العلاقة بين تناول الحشيش والاضطرابات العقلية . وقدموا ست حالات لمدمنين تم تشخيصهم عسلى أنهم مرضى بالنصام . واتفقت الحالات الست في الاضطراب الانفعالي ، وعدم التوافق الإجتماعي ، والهوسة السمعية ، والأوهام الاضطهادية . وقد تحسنت

حالتهم جميعا بالامتناع عن المخدر مع العلاج الطبي في فترة تتراوح ما بين عشرة أسابيع إلى أربعين أسبوعا . وقد بينت الدراسة أنهم جميعا قد أتوا من بيوت مهذمة ، تسود فيها الأمراض العقلية والإدمان . . . الخ بما لا يبرر فرض وجود عامل وراثي . غير أن أصحاب هذه الحالات كانوا يتناولون مخدرات أخرى إلى جانب الحشيش . ويرى الباحثون أن تعاطي الحشيش يعتبر عاملا أوليا في تشخيص هذه الحالات .

وفي سنة (١٩٦٢) نشر كلارك نتائج دراسة تتبعية لخمسين حالة من ١٢٠ حالة ممن ترددوا على مستشفى كريشتون رويال في سكتلندا ما بين ١٩٤٩ - ١٩٦٠ وكانت الحالات الخمسين من أفراد المهن الطبية أو مهنة التمريض . وقد بينت الدراسة أن المرض العقلي قد سبق أو صاحب الحالة العقلية في ٢٠ حالة من الخمسين ، منها ١٣ حالة ظهر فيها السلوك السيكوباتي الإجتماعي قبل المرض أو الإدمان . أما الحالات المتبقية وعددها ٣٠ حالة فلم يبدو في تاريخها أى اضطراب نفسى . لقد تمكنت نسبة ٢٨ ٪ من الحالات من التغلب على الإدمان ، بينما تطلبت نسبة ٢٥ ٪ مواصلة الإيداع في المستشفى . وقد واصلت نسبة ٣٠ ٪ ممارستها المهنية ، بينما لم يكن لنسبة ٢٦ ٪ من الحالات عمل للتكسب بعد الخروج من المستشفى .

يبدو من الدراسات السابقة ومن غيرها أن نتائج البحوث التي تبين العلاقة بين الإدمان والأمراض العقلية متضاربة . غير أن يسكور يقول : إن الإدمان على تعاطي الأفيون ومشتقاته في حد ذاته لا يؤدي إلى الجنون أو الإجرام أو ضعف الصحة كما يسود الاعتقاد بين البعض . فالفرد الذي يكون لديه مورد مستمر يساعده على الحصول على المخدر ، ويكون لديه دخل مناسب لمواصلة

إدمانه مع الإحتفاظ بمستوى لائق للحياة ، يمكنه أن يعيش ك مواطن شريف في بيئته ، وهكذا لا يفسر الادمان عند الكثيرين كسبب للمرض العقلي ، ولكن إذا صاحب الادمان أى مرض عقلي . فالادمان في هذه الحالة يكون من ضمن الاعراض لا من ضمن الاسباب .

كيف تتكون عادة الادمان :

لماذا يصبح بعض الناس مدمنين ؟ لقد ذكرنا أن الاستمرار في تعاطي بعض المخدرات يؤدي إلى التواكل الجسدي وتصبح الحاجة إلى المخدر حاجة جسمانية و فسيولوجية . ومن الحقائق المعروفة عند علماء الدوافع أن هناك بعض الحاجات المكتسبة أو المتعلمة . فإذا ما تم إكتسابها أصبح لها قوتها التي تعادل قوة دوافع مثل الحاجة إلى الطعام والحاجة إلى الماء والحاجة الجنسية ... الخ . لقد بينت دراسة سبراج (١٩٤٠) أن الشمبانزى المدمن على تعاطي المورفين كانت تحاول الحصول على جرعتها كلما اقترب الميعاد لها ، كما كانت تسمى إلى الحصول على كل الأشياء المصاحبة التي ربطت بينها وبين تعاطي الحقنة . ويبدو أن الدافع كان ينتج من أعراض الحرمان الفسيولوجي . هذا بالإضافة إلى أن هذه الحيوانات كانت تسمى للحقنة عند ظهور هذه الاعراض . وقد أدت ملاحظة عارضة أثناء التجربة إلى وجود احتمال أن هناك إشباعاً مؤقتاً وتخفيفاً من حدة الاعراض بمجرد الحقن ذاته حتى ولو كانت التعبئة من محلول الملح . وقد عزى هذا إلى التعلم ، وإلى أن هناك بعض الثواب للأشياء المصاحبة للحقن تخفف من حدة الدافع . غير أن هناك من العقاقير المخدرة ما لا يؤدي إلى التواكل الجسدي . ويمكن خطر هذه العقاقير في التواكل النفسى الذى يتكون لدى المدمن على مثل هذه المخدرات وهذا العامل هو الذى حفز علماء الاجتماع وعلماء النفس والطب العقلي والتحليل النفسى إلى محاولة بيان أسبابه

١- رأى علماء الاجتماع :

تعطى نظريات علماء الاجتماع الأهمية للعوامل الاجتماعية . إذ يرى علماء الاجتماع أن الإدمان سلوك متعلم وأن الناس يتعلمون كيف يصبحون من المدمنين . وهم يرفضون الرأي القائل بوجود عناصر في الشخصية أو استعدادات في الطغولة تنهى للإدمان . وهم يرون أن أولئك الذين ينادون بأن المدمنين لهم تكوين خاص في الشخصية يقومون في العادة بدراسة المدمنين بعد أن يستفحل الإدمان معهم ، وكل ما يقال عن شخصيات هؤلاء المدمنين قبل إدمانهم ما هي إلا تخمينات غالباً ما تكون غير حقيقية . ويقول في ذلك لندسميث (١٩٤٧) كمال من علماء الاجتماع أن من يستعمل المخدر يصبح مدمناً بعد أن يمر بخبرة الحرمان وبالتالي يتعلم أن التعاطى يزيل الأعراض التي يعاني منها .

لقد قام فينستون (١٩٥٧) بدراسة مشكلة إدمان الأحداث في شيكاغو وقام شين (١٩٥٧) بدراسة نفس المشكلة في نيويورك . ويؤكد كل منهما أن الثقافة الفرعية للمدمن غالباً ما تكون في مناطق المدينة التي تتميز بالحرمان الاقتصادي ، والتفكك الأسري ، والحرمان السريع ، مع زيادة السكان الذين وصلوا حديثاً إلى المنطقة مع عدم وجود الضبط الكافي من الكبار .

ويمثل رأى مورر وفوجل (١٩٦٢) كذلك وجهة نظر علم الاجتماع . ففي رأيهما أن مدمنى الأفيون وغيره من المركبات ، وكذلك مدمنى العقاقير الأخرى لا يتعاطاها المدمنون للحصول على النوم أو للتخفيف عن الحاجة الفسيولوجية . ولكن لمجرد الحصول على « الفرقة » ، والتخدير لذاته والإدمان عندهما عرض لمرض توجد بذوره في الظروف الاجتماعية والاقتصادية التي تؤدي إلى خلق عدم الرضا والتعاسة والصراع والتوتر في نفوس البشر . وفي الدراسة المصرية (١٩٦٤)

وجد أن تعاطى الحشيش يرتبط بالفقر والحرمان ، ويزيد عدد المدمنين بين غير المتعلمين وفي الطبقات المحرومة اقتصاديا واجتماعيا :

٢ - رأى علماء النفس :

يتفق علماء النفس مع علماء الاجتماع في أن الإدمان عملية متعلمة ، ويرون أن بيئة الفرد لها فاعليتها غير أنهم يرون أيضا أن هناك من الأفراد من يتعرضون للخطرات في بيئتهم لكنهم لا يتعلمون الإدمان ، بينما يوجد آخرون يتعرضون لنفس الظروف ويصبحون من المدمنين . وفي رأيهم أن هذا يعزى إلى تكوين الشخصية للفرد . إذ أن هناك شخصيات مضطربة تؤدي بها إضطرابها إلى الإدمان ويعتبر الإدمان تبعا لذلك عرضا لعدم التوافق العام للشخصية ، كما يعتبر طريقة من الطرق التي تعبر بها الشخصية عن إضطرابها .

لقد قام والفن (١٩٦٠) باستعراض البحوث التجريبية التي أجريت على الإدمان وعلاقته بالشخصية والثقافة وانتهى إلى أن أنماط الإدمان متعلمة كغيرها من أنماط الأعراض المرضية ، وأن التعلم الشرطي يدخل في تكوين العادة ويرى أن هذا النوع من التعلم هو تعلم شرطي وسيلي أو أدائي وليس تعلما شرطيا من النوع الكلاسيكي (أنظر أنواع التعلم) . وقد يعزى الإدمان إلى عامل التخفيف عن حدة الدافع بالإضافة إلى جهاز سمبثاوى نشط .

ويهاجم أنزويل (١٩٦١) وجهة نظر علم الاجتماع التي تقول بأن الخوف من أعراض الحرمان مسئول عن الاستمرار في تعاطى المخدر . ويعتقد أن أسباب الإدمان وراثية وبيئية ، وتدخل فيها عوامل النضج وعوامل الظروف ، وهو يرى أنه مادام المدمن العادي في الولايات المتحدة حاليا هو المراهق الذي يسكن المناطق المنخفضة ، فهو يستعمل المخدر كنفذ لثورته وشحنائه الاعتيادية نتيجة

لعضويته في جماعات عريضة يضع عليها المجتمع وصمته . والمدمن غير الناضج كان له في طفولته إما والدان يهضيان عليه حماية زائدة أو كانا يسيطران عليه سيطرة معوقة .

٣ - رأى علماء التحليل النفسي :

سبق لنا أن شرحنا في الفصل السابق مراحل النمو الجنسي عند فرويد . وقد بينا أن الالفة ترتبط في كل مرحلة من هذه المراحل بمنطقة من المناطق الجنسية في الجسم . والمفروض أن يسير النمو بالانتقال من مرحلة إلى مرحلة دون التثبيت أو الجمود على واحدة منها ودون تكوص إلى مرحلة سابقة . إذ يرى الفرويديون أن الاضطراب في النمو لا يقتصر على التوقف التام عند مرحلة من المراحل فحسب ولكن قد يكون في شكل الاحتفاظ بكثير من مظاهر مرحلة مبكرة بشكل غير سوى . كما أن الفرد قد يقابل في نموه كثير من الصعاب ، وهنا ينكص الفرد في نموه إلى مراحل سابقة كانت خبراته فيها أسعد من خبراته الحالية . فالتثبيت أو الجمود والتكوص عمليتان تكمل بعضهما البعض . وقد شبه فرويد ذلك بجيش يتقدم في أرض الأعداء تاركاً خلفه قوات الاحتلال في المراكز الهامة . فكلما ترك الجيش قوات للاحتلال خلفه قوية ، كلما ضعفت قوة القوة المتقدمة ، فإذا ما قابلت القوات المتقدمة مقاومة من قوات العدو قوية ، تتقهقر إلى تلك المراكز حيث زكت حاميات قوية : وبذلك يكون التثبيت أقوى ويكون التكوص أسهل كلما واجه الفرد المتاعب والصعاب . لذلك يرى المحللون النفسيون أن المدمنين حدث لهم تثبيت على المرحلة النفسية ، والفم هو سبيلهم للتفاعل مع العالم الخارجي ويدين اتجاههم نحو الحياة كلها بتوقع استمرار ثدى الأم في التدفق إلى الأبد . فهم على غير استعداد لتعمل أي مسئولية ويتوقعون من الغير العناية بهم ورعايتهم .

كما أنهم يعانون من « الماسوكية » والفرق بين مدمن الخمر ومدمن المخدرات أن الأول يعبر عن حدوانه بالفعل والمقاومة ، وهو مثبت على مرحلة « البعض القمى » بينما يتميز مدمن المخدرات بالزعات الانسحابية والخمول وهو مثبت على مرحلة « المص القمية » : ويقول فى ذلك كولب « إن مدمن الخمر قد يضرب زوجته ، أما مدمن المخدرات فقد تضربه زوجته » .

ويرى المحللون النفسيون أن مدمن المخدرات ضعيف جنسياً ، وأن كثيراً من المدمنين يأتون من بيوت كان الأب فيها ضعيفاً والام هى الأقوى ، ويفشل الآباء من هذا النوع فى مد أطفالهم بنموذج ناجح لتقصده ، بينما تتميز الامهات بأنهن من النوع المعتصب والمخرب فى وقت واحد . ويمثل استخدام المخدر طريقة من طرق الهرب من مسئولية إقامة علاقة مع الجنس الآخر .

ويستخدم المدمن ميكانيزمات الهوس والانقباض (روزنزفك ١٩٦٠) وقد بينت الدراسة المصرية أن مدمنى الحشيش يبررون بدء التعاطى بما يلى :

النقل	٨٩٪
للفرفشة	٨٩٪
للعلم بالشئ	٧٤٪
من باب الرجولية	٧٢٪
للتاحية الجنسية	٢٥٪

وقد سئل فى نفس الدراسة متعاطو الأفيون عن السبب فى التعاطى فاجتلفت اجاباتهم عن السابقة اذ قوت نسبة ١٢٪ أنها بدأت التعاطى لتحمل مشاق العمل بينما أجابت نسبة ٥٠٪ بأن السبب هو الفرفشة ، ٤٠٪ للتاحية الجنسية ، ٢٣٪ للعلاج الطبى ، ١٦٪ لسيان المشاكل الخاصة .

ولما سئل متعاطو الحشيش عن السبب في الاستمرار في التعاطى أجابت نسبة ٣٧ ٪ . بحكم العادة ، وأجابت نسبة ٢٦ ٪ . لنسيان المشا كل الخاصة ، .

٢ - ادمان الخمر

من المعروف أن أى كمية من المشروبات الكحولية مهاصغرت تؤثر في العادة على الجهاز العصبي المركزي . وإذا زادت الكمية وغل الفرد إلى حالة السكر . والسكر درجات ، ففي الحالات الحقيقية منه تضعف القدرة على تركيز الانتباه وتفقد الحركات التي يقوم بها الانسان دقتها ، ويتكلم بصوت مرتفع ، ويثرثر ، وتعتريه مظاهر الشجاعة ، ويأمن ويفاخر ويرفع الحجاب والكلفة بينه وبين الغير . ويكون عامة في حالة نشوة . والنشوان في اللغة العربية هو الذي قارب السكر ولما يخلب على أمره .

والسكر الحاد هو غيبوبة العقل واختلاطه وهو في الواقع اضطراب عقلي حاد مؤقت يتميز بفقدان المرء لشعوره وعدم إدراكه لما حوله ، ويصل الأمر بالبعض الى حد عدم تعرفهم على أنفسهم إذ ينسون أسماءهم وعناوين منازلهم . وتطير الخمر عادة في الرأس فيصبح الفرد في حالة سورة غضب مصحوبة بالخوف ويهذى ويهلوس . ويخشى من ارتكابه جريمة في هذه الحالة التي يتبعها عادة نوم عميق ولفترة طويلة يصحو بعدها المرء ناسيا الاحداث السابقة . وليس من الضروري أن يكون السبب في حالة السكر العاد شرب كميات كبيرة من الخمر ، إذ قد تؤدي كميات قليلة اليها ويساعد على زيادة أثرها وجود الفرد في حالة مرضية ، أو عدم نومه لفترة طويلة ، أو مرورة بأزمة نفسية وما الى ذلك .

وإذا اعتاد المرء شرب الخمر وبكميات كبيرة أصبح من الصعب عليه الانقلاع عنها وأصبح دائم السعى اليها وأصبح مندما .

وينطبق على ادمان الخمر ما سبق أن ذكرناه عن ادمان المخدرات
من أن الادمان له ثلاثة مظاهر متصلة هي التحمل والاعتیاد والتوكل
الجسماني .

ويطلق ادمان الخمر على حالة نفسية مرضية غير مصحوبة بهمباب أو بذهان .
غير أنه قد يصاحب أى مرض من الأمراض العقلية أو النفسية . ويكون الادمان
في هذه الحالة عرض من أعراض المرض يزول بعلاج المرض الأصلي ويفتقد
الادمان في حالة وجود مرض عقلي أو نفسى الصورة المرضية التي يصعب معها
معرفة ما إذا كان الادمان مجرد عرض آخر من أعراض المرض أو أن السلوك
المرضى عرض للإدمان .

ومن أهم أعراض الادمان عدم التمتع بالنوم العميق الكافي ، وغالبا ما يكون
النوم مصحوبا بالكوابيس والأحلام المفزعة ، ويصاب المدمن بسرعة التحول في
الحالة المزاجية ويثور بسرعة ولأنف الأسباب ويعامل من حوله خاصة أفراد
أسرته بقسوة ، ويعتري العطش ذا كرتة ويهمل مظهره . ولا يلوم المدمن نفسه
ولكنه يلقي اللوم على من حوله للحالة التي وصل اليها . ويتشكك المدمنون فيمن
حولهم وتقل قدرتهم على العمل . وتعتري الرعشة أيديهم مما يضطر من يعمل منهم
في الصناعات الدقيقة التي تتطلب مهارة يدوية الى ترك العمل ، ويحسون بالآلام
وضعف في الأفرع والسيقان .

ويتأثر الجهاز الهضمي والكبد والجهاز الدموي وترتفع نسبة الوفيات بين
المدمنين الى ثلاثة أضعاف المعدل العادي . ويبدو المدمنون عادة اكبر من سنهم
من التجاعيد التي تبدو على الوجه وترهل الجلد .

وقد ذكرنا في تفسير إدمان المخدرات أن لكل من علماء الاجتماع وعلماء النفس وعلماء التحليل النفسي رأيا في تفسير الإدمان . وتصدق هذه التفسيرات على إدمان الخمر . ولعلنا إذا استعرضنا بعض البحوث والآراء الحديثة نلقى ضوءا على بعض الاتجاهات في معالجة مشكلة إدمان الخمر .

بحوث ودراسات :

في دراسة انثربولوجية لبيكون وباري وتشايلد (١٩٦٥) قارنوا فيها عادات احتساء الخمر في ١١٠ من المجتمعات المتنوعة لايجاد ما إذا كان هناك ارتباط بين ثلاثة مقاييس لاستهلاك الكحول هي : الاحتساء في المناسبات الدينية ، والاحتساء العام ، وعدد مرات السكر وبين بعض المتغيرات الثقافية مثل عادات تربية الأطفال والسلوك البالغ . وكان الفرض الذي حاولوا اثباته هو أن الدافع لاحتساء الخمر هو الحاجة للتخفيف من الاحباط أو الصراع الخاص بحاجات الاعتماد والتواكل وقد تأكد لديهم هذا الفرض .

ويفسر شودوركوف Chodorkoff (١٩٦٤) إدمان الخمر تفسيراً تحليلياً إذ يرى أن مدني الخمر يعانون من أنا ناقصة وقدرة ضعيفة على إقامة علاقات صحية مع الآخرين نتيجة إما لفقدان العلاقة بالموضوع في الطفولة أو لعجز عن إيجاد اشباع مع الموضوع فيلجأ الشخص في مرحلة ما قبل الإدمان إلى الكحول محاولة لسد هذا النقص فهو يختار جسمه كموضوع آمن لإقامة علاقة معه . ويؤدي السكر إلى تغيرات فسيولوجية ويعطى بذلك للآنا شعورا بالامان .

وترى بلوم Blum (١٩٦٦) أن هناك حالياً تحولا في العلاج من محاولة حل صراعات الطفولة إلى محاولة تقوية وظائف الأنا واعطاء المدمن ثقة في نفسه . والآراء السابقة تمثل الاتجاه في مدرسة التحليل النفسي .

فلذا تحولنا إلى التفسير الاجتماعي نجد بلير Blare (١٩٦٨) يرى أن من الأسباب التي أدت إلى انتشار الادمان هو شرب المراهقين للخمر في المناسبات الاجتماعية، والدعاية التجارية لها ، ونظرة المراهقين إلى الويل الذي يحتمى الخمر على أنه شيء ما وفرد مهم ، والشعور بالذنب والصراع نتيجة للشرب ، والجهل وعدم مناقشة موضوع الادمان على أى مستوى ، واستخدام الآباء انفسهم للكحول . ويلاحظ أن هناك ثلاثة انماط للشرب :-

١ - شرب يعضده القراء (في الحفلات وفي الرقص الخ) .

٢ - وجود شلل من الاصدقاء تجتمع للشرب كهدف .

٣ - مواقف غير مضبوطة للشرب

ولبيان الاتجاه في التفسيرات النفسية نسوق الدراستين التاليتين عن النساء . قام وود وضافى Wood and Duffy (١٩٦٦) بدراسة ٦٩ امرأة مدمنة كلهن من مستوى اقتصادى اجتماعى مرتفع ، والغالبية من البروتستانت ومن خريجات الجامعة . تبين أنه فى ٢٧ من الحالات كان النمط السائد فى الأسرة وجود أم باردة ومتسلطة ، وأب أكثر حرارة ولكن مدمن ، وصورة عن النفس سيئة تفرها التعاسة ، وزوج مسيطر بارد ، ومسايرة نمط الأب فى الاتجاه إلى الخمر .

وفى دراسة فى ايطاليا قام بها رافاسينى وآخرون (١٩٦٨) كان التركيز على زيادة تواتر الادمان بين النساء ودلالات ذلك النفسية والاجتماعية . وقد لوحظ نمطان أساسيان للسلوك بين ٧٤ امرأة مدمنة من تزييلات المستشفى البالغ عددهن ١٦٠٠ امرأة أى نسبة ٤.٦٪ ممن أودعن بمستشفى ميلان الطبي على خلال

سنتين . تم اختيار مجموعة أخرى تتكون من ٢٥ حالة تشرب لlama ومن وقت آخر ، ومجموعة أخرى مدمنة . قورنت المجموعتان . كان متوسط العمر في المجموعة الأولى أقل بكثير من المتوسط في المجموعة الثانية كما كان عدد المتزوجات أكثر . وعلى الرغم من أن نسبة من أودعوا من الرجال في نفس المدة كانت أقل ٢٢٪ / ٢٤ . إلا أن الدلائل تبين أن مشكلة الادمان في النساء تمثل مشكلة نفسية مرضية ، ويبدو أنها لا تعزى كظاهرة إلى العوامل الاجتماعية والبيئية ولكنها تعزى إلى عوامل نفسية . فمن الناحية النفسية الدينامية تبدو سيادة العوامل القمية والاكتئاب . أما العوامل الخاصة بالجنسية المثلية فهي أقل في النساء عما هي بين الرجال .

علاج الادمان :

يعالج الادمان بالحرمان التام من المواد الكحولية وتعالج الاضطرابات الناتجة عن ذلك بالعقاقير وبالأطب الرياضي وما إلى ذلك . ومن الضروري مساعدة المريض على أن يعود لحالات النوم العادية حتى يتمتع بقسط كاف من النوم وتستخدم العقاقير لبلوغ هذا الهدف . كما يعالج المريض للتخلص من الرواسب الكحولية التي في دمه . وتستخدم طريقة تكوين فعل منعكس شرطى سلبى للكحول وذلك بتكوين رد فعل القىء لرائحة الكحول إذ يحقن المريض عادة بكمية من الابومورفين apomorphine ويعطى قبل الحقن بحوالى خمس أو عشر دقائق كمية من الماء يشربها (حوالى ٥٠٠ - ٦٠٠ ملليجرام) . تبدو على المدمن بعد الحقن الرغبة في القىء ويبدأ لعابه في السيل . في هذه اللحظة يقدم الخمر الذي اعتاده المدمن اليه ليشمه فتزداد رغبته في القىء ، فيعطى كمية من الخمر تراوح ما بين ٢٠ - ٥٠ جرام يطابق تناولها عملية القىء فيتقيأ . بتكرار هذه

العملية يصبح مجرد شتم الخمر مثيراً للقيء . ويستنظم العلاج النفسى الفردى والجمعى فى معالجة الإدمان أيضا .

وفى علاج المدمنين يجب أن يدخل أفراد الأسرة والابناء فى برنامج العلاج ففى بحث قام به بارتزك وآخرون Rarnitzke et al (١٩٦٦) وجد أنه بين ١٤٩ طفلا فى مدى العمر ما بين ٣ - ١٤ سنة لآباء مدمنين تواترت الاعراض العصابية والفراقة فى السلوك . وكان الآباء مدمنين فى ١١١ حالة بينما كانت الاهـمات مدمنات فى ٣٨ حالة . وكانت الانحرافات السلوكية مرتبة تبعا لتواترها كما يلى : الاضطرابات الحركية النفسية والتحدى والعدوان والكذب والقلق . وكانت نسبة ١٨ ٪ منهم أثناء الدراسة تعاني من التبول اللا إرادى .

وفى دراسة تتبعية قام بها كندل وستاتون فى إنجلترا (١٩٦٦) لعدد ٦٢ مدمنا لمدة متوسطها ٦,٧ سنة ممن رفضوا متابعة العلاج أو كانوا غير مناسبين للعلاج تبين أن النتائج الإيجابية ترتبط بالإستقرار الإجتماعى والعلاقة الطيبة مع فرد آخر . وترتبط النتائج السيئة بفسل العلاج السابق . وكان مصير ٤٩ حالة غير صالحة للعلاج بمقارنتها بمصير ٥٥ حالة سبق علاجها وسبق تتبعها لمدة أربع سنوات هو أن عددا قليلا ممن لم يتم علاجهم قد انصرف عن الخمر أو عاد للشرب العادى بينما الغالبية ماتت أو انتحرت .

وفى دراسة لرائود وآخرون (١٩٦٦) لعدد ١١١ حالة ممن كانوا مودعين فى وحدة لعلاج الإدمان للعشور على فروق تفرق بين من شفوا ومن عادوا تبين أن من عادوا إلى الخمر كانوا أصغر سنا وأقصر عمرا فى عمالية الإدمان . ومن العوامل التى وجد أنه يمكن إستخدامها للتنبؤ بالعودة أو عدم العودة إلى الخمر هــدى لإضطراب الشخص فى طفولته فى الأسرة وفى المدرسة ومع البوليس والخبرات

الجنسية المثلية . ولم يبين تاريخ الاسرة في شرب الخمر وترتيب الفرد في أسرته والسعادة الاسرية أنه يمكن إستخدامها للتنبؤ .

ويرى درو Drew (١٩٦٨) نتيجة تجربته في إستراليا وبمقارنة النتائج في إستراليا ببلاد العالم الأخرى أن عدد المدمنين في العلاج يقل بعد سن . ٤ سنة مما يدل على أن الإدمان مرض يحدد نفسه بنفسه وأنه يمكن التنبؤ بزيادة الشفاء كلما ارتفع السن .

ذهانات الإدمان :

يؤدى إدمان الخمر وتجمع المواد السامة في الدم أحيانا إلى بعض الأمراض الذهانية التي ترتبط بالإدمان أهمها الهذيان الرعاشي *Delirium tremen* ، وذهان كورساكوف *Korsakoff's Psychosis* ، وهلوسة الخمر *Alcoholic hallucinosis* وإضطهادية الخمر *Alcoholic paranod states* .

١ - الهذيان الرعاشي :

تصيب نوبات الهذيان الرعاشي بعض المدمنين من ذوى الاجسام القوية ممن يمكنهم تحمل شرب الخمر وبكميات وفيرة ولفترة زمنية طويلة دون أن يؤثر ذلك عليهم ، وفجأة يصابون بهذه النوبات إذا ما قلت مقاومتهم نتيجة مرض أو إجهاد وتستمر التوبة في العادة ما بين خمسة أيام وستة يستغرق المريض بعدها في نوم عميق يصحو بعدها سليما معا في الأهم إلا من بعض الأعراض كضعف الذاكرة والرعدة . ويمتنع عن شرب الخمر عدة أشهر خوفا من معاودة التوبة لكنه يعود إلى الخمر وتعود له التوبة .

وتتميز التوبة بأنه يسبقها دائما إضطراب النوم والاحلام المزعجة . وتبدأ

التوبة عادة إما في المساء أو وسط الليل أو في الصباح المبكر . فيفقد المريض القدرة على إدراك ما حوله وإن كان يتذكر أحيانا اسمه ، وتعتري المريض حالة من القلق وعدم الاستقرار ويصيبة الصداع والدوار والهوسة البصرية فيرى أشياء تتغير في الحجم وفي الشكل وفي اللون ، وغالبا ما يرى حيوانات تتحرك بسرعة كالقيران والكلاب والحشرات والثعابين ويراها أحيانا تهاجمه كما تهاجمه الشياطين والعفاريت فيحاول الاختفاء منها أو يحاول مهاجمتها . وتوجد بالاضافة إلى الهوسة البصرية هلوسة سمعية إذ قد يسمع المريض أصواتا تهدده بالقتل ، وفي عراكه مع مرئياته وما يسمعه قد يصاب المريض بالأذى الجسدي .

ويصاب المريض عادة بالحمى وبرعشة شديدة في اليدين وقد تشل الرعشة الجسم كله . ويكون النبض عاليا والتم جافا والتنفس سريعا .

٢ - ذهان كورساكوف :

كان أول من وصف هذا المرض العالم الروسي كورساكوف في سنة ١٨٨٧ وتبدو أهم أعراض هذا المرض في مجال الذاكرة وخاصة تذكر الأحداث الجارية التي تتصل بنشاطه المباشر فينسى المريض من كان في زيارته من خمس دقائق وماذا أكل في الصباح ؛ وماذا قرأ لثوره ، وما إلى ذلك ، والعجيب أنه قد يتذكر الأحداث القديمة بدقة .

ويبدو المريض وكأنه مشغول بمحاولة ترميم ذاكرته بسد الثغرات فيها فينتهي به الأمر إلى عملية تعرف بالتأنيق confabulation أي يخلط في الحديث بالإتيان بمعلومات من هنا ومن هناك غير مترابطة وغير متسقة وينسجها في إطار واحد فتبدو لاهني لها . وهذا العرض من أهم خصائص هذا المرض .

ومشكلة الذاكرة في هذا المرض هي عجز المريض عن إيجاد رابطة بين خبرات الماضي وخبرات الحاضر أو التمييز بينهما .

٣ - هلوسة الخمر واضطهاديتها :

تمثل هلوسة الخمر واضطهاد الخمر ما يقرب من ٣٠٪ من ذهانات الإدمان ونسبة الهلوسة والأوهام فيها تائل مثيلاتها في ذهان الفصام وذهان الاضطهاد . وهناك احتمال في أن هذين المرضين كانا كامين وأبرزهما إدمان الخمر . وفي الهلوسة يظهر المرض فجأة والمرض السائد هو الهلوسة . أما في الاضطهاد فتسود الأفكار الاضطهادية . والهلوسة تكون عادة سمعية ويسمع المريض أصواتا تؤنبه وتبغده . وكثيرا ما تسمع الأصوات كناقشة بين عدد من الأفراد يتحدثون عن المريض بصميم الغائب . وهناك محاولات للانتحار وايذاء النفس تم بإيحاء من هذه الأصوات .

وتتركز أوهام الاضطهاد حول الغيرة إذ يتشكك المريض في زوجته ويحاول التجسس عليها . ونظراً لشككه في كل من حوله فانه يؤول كل تصرف من تصرفاتهم ويتخذ شاهداً على خيانة زوجته التي يعذبها ويضربها حتى تعترف له بخيانتها . ومن العوامل المساعدة على اذكاء هذه الأوهام الضعف الجنسي الذي يعترى عادة المريض مع وجود الرغبة الجنسية .

الخلاصة :

لا يوجد لدينا احصائيات دقيقة عن عدد المدمنين ، كما لا يوجد لدينا الكثير من البحوث التجريبية في هذا الميدان . ويبدو أن مشكلة الادمان مهمة أيضاً طيباً إذ يذكر ونيك (١٩٦١) أنه لا يوجد في الولايات المتحدة سوى ١٥٠٠ مبرراً لمدمني المخدرات في مستشفيات ينقصها الخبراء .

وهناك اتفاق على أن ادمان بعض المخدرات يؤدي إلى مظاهر ثلاثة هي التحمل الجسماني ، والاعتیاد ، والتوكل ينمالاتؤدي بعض المخدرات إلى هذه المظاهر كلها .

والنزعة الحماية تنحونحو اضافة كل أنواع العقاقير التي يرى الخبراء أنها ضارة بالفرد والمجتمع أو كليهما وتحريمها قانونا .

وسواء أكان السبب في الادمان هو التعلم والثقافة كما يرى علماء الاجتماع ، أو تكوين الشخصية كما يرى علماء النفس ، أو الجود على المرحلة الفنية والماسوكية كما يرى علماء التحليل النفسي ، فالعوامل السببية لم تدرس بعد دراسة كافية . لذا يجب دراسة هذه الظاهرة كظاهرة نفسية اجتماعية دون اإمال للتكوين الجسماني للمدمن .

وإن كان كثير من المدمنين يتخلون عن ادمانهم بعد عشرين أو ثلاثين سنة إلا أن الادمان يعتبر من الأمراض المستعصية التي تقاوم العلاج . إذ أن حوالي ٨٠٪ أو ٩٠٪ من أولئك الذين يحدون علاجاً طيباً يعودون ثانية إلى ادمانهم .

والعلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي حتى الآن مع المدمنين لم يتم إلا في حالات متتارة وعلى سبيل التجريب ، ولا زال هذا المجال جديداً علينا في مصر ويجب أن يتضمن العلاج الاهتمام بالعيوب الجسمانية ، والتدريب المهني ، والديني وتنظيم أوقات الفراغ ، وحل الصراع النفسي بالرعاية النفسية وخدماتها ، وتعويد المدمن على الحياة بدون المخدر ، وتشغيل المدمن ورعايته بعد العلاج .

الفصل الثالث والعشرون

الاقتحار

من الظواهر التي يعطيها العلماء حاليا اهتمامهم ظاهرة الاقتحار ، إذ يتناولها علماء النفس والطب العقلي ورجال القانون ورجال الدين والتربية ومن إليهم بالدراسة، لذا تعددت الآراء التي تفسر هذه الظاهرة، كما تعددت الدراسات وطرق الدراسة، فمن دراسة الحالات الفردية إلى الدراسات المسحية سواء أكانت هذه الدراسات على مستوى الدولة أو مستوى المدينة ، وكذلك الدراسات المقارنة ، ودراسة مدى توافر هذه الظاهرة بين أفراد المهن المختلفة، وأبناء الطبقات المختلفة، وبين النساء والرجال، بل وفي الأعمار المختلفة خاصة بعد أن أصبح الاقتحار بين المراهقين والشباب يكون مشكلة . وقد سبق لنا في دراستنا لمشاكل المسنين أن بينا مدى تواتر هذه الظاهرة بينهم، ولا تحظى الظواهر الاجتماعية والنفسية بهذا الاهتمام من العلماء إلا إذا أصبحت تلفت النظر وتكون مشكلة .

وكان الجارى عليه العمل في دوائر النيابة العامة اعتبار واقعة الاقتحار جناية قتل عمد مع سبق الاصرار المعاقب عليه بالمادتين ٢٣٠ ، ٢٣١ من قانون العقوبات أو قتل بالسم أو غير ذلك ولكن في النهاية تقرر بحفظ الدعوى العمومية لامتناع العقاب . وذلك أن المشرع المصرى لا يعاقب على هذا الفعل أى لا يجرمه . وفي خلال سنة ١٩٦٧ أصدر النائب العام تعليمات إلى النيابة العامة باعتبار هذه الواقعة مجرد شكوى إدارى وحفظها .

والحكمة من كل ذلك أن المشرع يعاقب على جريمة القتل إذا وقع فعل القتل على نفس غير نفس الجاني ومن ثم فإذا قتل الجاني نفسه فإن القانون الحالى لا يعاقبه على فعله .

الدراسات المسحية.

ومن عينة الدراسات المسحية دراسة سيدن Seiden (١٩٦٧) عن مدينة سان فرانسيسكو وفيها يقدم تحليلا لدرجة أثر العوامل المختلفة على معدل الانتحار في هذه المدينة والمبررات لإرتفاع نسبته فيها عن غيرها من مدن الولايات المتحدة الأمريكية . وفي رأيه أن القول بأن الهجرة الداخلية التي تدفع بالأمريكيين إلى التحرك غربا إلى هذه المدينة وعجز القادحين الجدد عن الهرب من مشاكلهم التي الجأتهم إلى الفرار إليها لا أساس له من الصحة . ولما كانت مدينة سان فرانسيسكو تمتاز بوجود اثنين من الكبارى فيها فقد خيل للبعض أن الكبارى إغراءها في التشجيع على الانتحار . وهو يرى أن أثر هذه الكبارى ضئيل فيرفع نسبة الانتحار . كما يرى أن إستهلاك الخمر كظاهرة من الظواهر التي تتميز بها المدن الكبيرة يرفع النسبة . ويذكر أن التشريح قد بين أن نسبة كبيرة قد ماتت بالتسمم مما يدل على أنه الطريقة المحببة لأهل هذه المدينة للانتحار . وهو يذكر أن الأسلوب الجيد المستخدم في هذه المدينة لعمور على حالات الانتحار يجعل سجلات المدينة تمتاز بدقة قد لا تتوفر في مدينة أخرى ، ولعل ذلك مما يجعل نسبة الانتحار في هذه المدينة أعلى من غيرها . وتدل البيانات على أن متوسط السن ونسبة عدد المتزوجين أكبر من المتوسط القومى . ولما كانت ضواحي سان فرانسيسكو قليلة وتتصل معظم أحيائها بوسط المدينة فإن هذا يرفع من نسبة الانتحار بالمقارنة بالبلدان الأخرى .

ومن الدراسات التي تمت على مدن أخرى من المدن الكبيرة في الولايات المتحدة دراسة بريد Breed (١٩٦٧) والتي قارن فيها بين مدينة لوس أنجلوس ومدينة نيواورليانز . وكانت دراسة سابقة قد بينت أن صعوبات العمل كانت السبب

الأساسي لإنتحار معظم من انتحروا من الرجال في مدينة نيو أورليانز . وجد
بريد أن الحالة الزوجية والسن والجنس وعمل الميلاد والتكوين الأسري
والمستوى التعليمي وطول مدة الإقامة في المدينة . . . الخ متشابهة بين أفراد
عينة - لوس أنجيلوس والعينة في نيو أورليانز . أما الاختلاف ذو الدلالة فهو
أن عينة لوس أنجيلوس كانت مشاكلها الأسرية أكبر وكذلك مصاعب العمل .
وقد عزى هذا إلى الذبذبة السكانية في هذه المدينة وبالتالي صعوبة تكوين علاقات
اجتماعية فيها .

وتحتفظ منظمة الصحة العالمية في سجلاتها بمعدلات الانتحار في البلدان المختلفة
خاصة المتقدمة منها التي تحتفظ بسجلات دقيقة عن هذه الظاهرة . ويتناول العلماء
هذه المعدلات بالدراسة من نواح مختلفة ونسوق دراستين من هذه الدراسات
إحداها من تشيكوسلوفاكيا والثانية من إسرائيل ، ففي تشيكوسلوفاكيا يذكر
بروكوبك Prokúpek (١٩٦٨) أن هناك إلزام في تشيكوسلوفاكيا للإبلاغ
عن الانتحار ونتيجة لذلك فالإحصائيات تامة في الفترة ما بين ١٩٦٣ و ١٩٦٦ .
وبدراسته لهذه الإحصائيات يرى أنه على الرغم من أنه لا توجد ظاهرة موسمية فإن
نسبة الانتحار أعلى قليلا في الربيع وفي الصيف . والانتحار بين الرجال
أكثر تواتراً في الشهور الباردة ، ولا يوجد فرق من ناحية الوقت ليلاً
أو نهاراً .

وتصل نسبة الانتحار في إسرائيل (١٩٦٢) في الفترة من ١٩٤٩ - ١٩٥٨
إلى ١٠,٥ في كل ١٠٠,٠٠٠ وهي نسبة مرتفعة ، ونسبة الرجال إلى النساء
١ : ١,٣ وتزيد النسبة بزيادة السن . وكانت أعلى نسب الانتحار بين المطلقين
والعزاب والمهاجرين الأوروبيين وأقلها بين المتزوجين والمولودين في فلسطين .

ومن العوامل المساعدة الحظ الإجتماعى نتيجة للهجرة الجماعية ، والأزمات الاقتصادية التى تعرض لها إسرائيل مع نقص الطعام والمهن والمساكن .

ويلاحظ أن الدراسات المسحية تحاول إبراز العوامل المحلية، وتعطى للظروف الاقتصادية والعلاقات الاجتماعية الأهمية الأولى فى أسباب الانتحار . ولعل الدراسة التى قام بها دابلى Dublin فى أمريكا (١٩٦٧) تبرز العوامل الاجتماعية لظاهرة الانتحار . وقد قام ببحث العوامل التى تتصل بالانتحار وتتضمن السن ، والجنس ، والجنسية والأصل ، والظروف الزوجية والمقر الجغرافى والمستوى الاقتصادى ، والدين ، والعوامل النفسية والانفعالية فوجد أن الانتحار :

- ١ - أكثر تواتراً بين الرجال عما هو بين النساء .
- ٢ - أكثر تواتراً بين البيض عما هو بين الزنوج .
- ٣ - يصل إلى قمته بين الرجال فى سن متقدمة وعند النساء فى سن ٦٥ .
- ٤ - أن محاولات الانتحار أو الانتحار غير التام أكثر تواتراً بين صغار السن والنساء والزنوج .
- ٥ - أن أقل نسبة للانتحار بين المتزوجين وأعلاما بين المطلقين .
- ٦ - لم تؤثر نسبة الثراء فى نسبة الانتحار ولكن التغير الاقتصادى السريع كان له أثره .
- ٧ - يقل الانتحار حيث تكون الرابطة الدينية قوية والبنية الاجتماعية قويا .

الانتحار بين الراهقين والشباب .

من الحالات التي عرضت على المؤلف من عشر سنوات حالة فتاة كان عمرها حين حاولت الانتحار ستة عشر عاما بالسنة الأولى بإحدى المدارس الثانوية . كانت من أسرة الأب فيها متقف ثقافة عالية ويشغل وظيفه محترمة غير أن الأم كانت غير متعلمة . وكانت الفتاة أكبر أخواتها البالغ عددهم أربعة . ظلت حياتها طبيعية في المدرسة الاعدادية وفي الأسرة اللهم إلا من بعض الشكاوى التي ذكرت في بعض المدرسات من أن الفتاة كانت إعتدائية في سلوكها . فلما انتقلت إل المدرسة الثانوية كان الأب قد بدأ يهجر المنزل لواجه بفتاة صغيرة . وأثر هذا في إتجاه الأم نحو نفسها ونحو أولادها . إذ بدأت تهمل في العناية بالمنزل وفي العناية بالأطفال . ولم يكن دخل الأب كافيا للصرف على بيتين ، فلم يتمكن بذلك من تحقيق رغبات الفتاة في الظهور بالمظهر الذي يرضى ذاتها بين قريناتها . فبدأت تشعر بالعار من مظهرها وملابسها . وكنوع من التحدي زادت هي في إهمال نفسها مما أدى إلى قصور الفتيات منها وإغاظتها بمظهرها . وفشلت في تكوين صداقات معهن في الوقت الذي كانت تتمنى فيه صداقة أى واحدة ودعوة أى صديقة إلى منزلها . إذ باءت كل محاولاتها لتحقيق ذلك بالفشل . وذكرت أنها كانت تخشى دعوة أى بنت إلى المنزل خشية إطلاعها على مظاهر الإهمال فيه مما يزيد من سوء فكريتهن عنها . ولم تجد أما لتفهما إذ كانت الأم غارقة في همومها وتصب جام غضبها عليها بحكم كونها البنت الكبرى . كما أنها لم تجد في المدرسة أى معلمة توليها عنايتها وإهتمامها بل كانت المعلومات على عكس ذلك يتعاملن عليها لمظهرها ولاهتمامها في واجباتها . فحاولت الانتحار في دورة مياه المدرسة بعد توبيخ إحدى المدرسات لها . وكانت المحاولة لجذب الانتباه اليها ، غير أنها لم

تحقق الهدف بل زادت من عارها أمام زميلاتها . وبعد يومين من ذلك خرجت من المدرسة بعد الظهر . فأوت إلى فناء المنزل المهجور وقطعت شرايين رصفها بقسوة . وظلت السماء تنزف منها لمدة ٥ ساعات دون محاولات الاستنجاد . فلما شعرت بالاعياء حاولت القيام من مكانها فأغمى عليها . فلما أفاقت جرت نفسها جراً إلى الشارع حيث عثر عليها وهي مغمى عليها .

على أى حال لقد أصبح الانتحار بين المراهقين والشباب ظاهرة تسترعى الانتباه ويرى بارتر وزملاؤه (١٩٦٨) بعد دراستهم لمدى تكيف ٤٥ مراهقاً ممن حاولوا الانتحار قبل وبعد الإيداع في المستشفى أن السلوك الانتحاري عند المراهقين هو خلاصة ركام اضطرابات عائلية وعدم تكيف إجتماعى يستمر بعد الإيداع في المستشفى ويؤكد بحتمهم :

١ - أن المراهقين الذين حاولوا الانتحار سبق لهم المحاربة ولكن تم تجاهل محاولاتهم .

٢ - يستمر كثير من المراهقين ممن حاولوا الانتحار في محاولاتهم بعد الإيداع في المستشفيات .

٣ - هناك ارتباط بين الظروف المعيشية وإستمرار محاولات الإنتحار . وترتفع النسبة عادة بين المراهقين الذين يفتقرون إلى روابط عائلية مشبعة أو ممن عانوا من فقدان أحد الوالدين ومن كان نشاطهم الاجتماعى ضيقاً ومن يحتاجون لمساعدات من هيئة إجتماعية أو عيادة نفسية .

ويرى تايتشروجا كوبر Teicher & Jacobs (١٩٦٦) في دراستها للارتباط بين المراهقين أن الأسباب المباشرة لا يمكن فهمها إلا في إطار التباين

النكلى لحياة الفرد . والعملية التى تؤدى بالمراهق إلى رؤيته للانتحار على أنه « الحل الوحيد » يبدو أنها تنتج من مرور مشاكه فى ثلاثة مراحل : ١ - تاريخ طويل من المشكلات ٢ - مرحلة تصعيد المشكلات بقدوم مشكلات جديدة مرتبطة بالمراهقة فى الخمس سنوات الأخيرة . ٣ - وجود مشكلات حديثة أدت إلى قطع ما تبقى من علاقات إجتماعية لها معنى . والمشكلة هى الشعور بالعزلة .

ويناقش برجسما Bergsma هذه الظاهرة فى هولندا بين أفراد فئة العمر من ١٠ - ٢٤ سنة والنتيجة التى ينتهى إليها هى أن هناك نمطين من المنتحرين نمط لديه رغبة قوية فى الموت ونمط يحاول الانتحار كاستغاثة موجهة للآخرين لاعادة الرابطة بالواقع بالقوة .

وفى دراسة لبجراس Bigras (١٩٦٦) وآخرين فى كندا على مجموعة من الفتيات المراهقات يرون أن الحرمان الأموى والنقص فى العلاقة الأبوية وتحطم صورة الأم من العوامل التى تلعب دوراً هاماً فى محاولات الانتحار التى قامت بها ٢١ مراهقة .

ووجد جولد Gould (١٩٦٥) أن الاكثاب فى صورته الخاصة أو فى صورة مقنعة موجود فى الأطفال والمراهقين الذين حاولوا الانتحار وبدرجة تفوق ما هو مكتوب فى الكتب .

وفى سويسرا درس واج Waage (١٩٦٦) ثمانية عشرة حالة حاولت الانتحار ويتراوح العمر فيها ما بين ٨ - ١٥ سنة كان تصنيفها كما يلى : حالتان تعانيان من السيكوباثية ، ٨ حالات رد فعل نفسى ، ٨ حالات عصاب . كما وجد أن فى نصف الحالات كانت توجد حالات انتحار فى الأسرة نجحت منها واحدة . وأهم عامل هو شعور الطفل بأنه غير محبب وغير محبوب .

وفي السويد ساول أوتو (١٩٦٤) بيان ما إذا كان من الممكن اكتشاف سلوك معين يسبق محاولة الانتحار في عدد ١٧٢٧ طفلا ومراهقا سويديا تحت سن ٢١ سنة . فوجد أن هناك تغيراً في السلوك يسبق المحاولة يتضمن أعراض اكتئاب وأعراض عصائية من نوع الشعور بالألم النفسى وعدم الراحة وصعوبة النوم وأعراض نفسجسمية . والأعراض غير المألوفة هي العدوان والاضطرابات السلوكية والثورات الانفعالية .

نستخلص من هذه البحوث ما يلي :

١ - هناك إجماع على أن المراهق أو الشاب الذى يحاول الانتحار لا تأتى اليه الفكرة فجأة ولكن الحادثة يسبقها عادة شعور بالأكتئاب واضطرابات يمكن أن تشير إلى الاتجاه الذى يسير اليه المراهق أو الشاب . وغالبا ما يتردد فى حديثه الكلام عن الانتحار .

٢ - إذا حاول المراهق أو الشاب الانتحار مرة فهناك احتمال كبير فى أنه سوف يكرر المحاولة . وغالبا ما لاثير المحاولات الأولى إنباه من هم حوله .

٣ - الاضطرابات الأسرية وشعور المراهق بالعزلة من العوامل الهامة التى تنهى المراهق أو الشاب للانتحار . وفى سنة ١٩٥٩ علق المؤلف * على الحالة السابق عرضها بتأكيد أن حساسية الشاب لنفسه ومظهره وحكم الآخرين عليه ومدى ما يصادفه من مشاكل إذا هز عليه تأكيد دوره وتأكيد ذاته، وعز عليه تقبل الجماعة له ، وفشل فى وجود المثل الأعلى الذى يحذو حذوه من العوامل المهمة لانزعاجات الانتحارية . فقد فشلت هذه الفتاة فى وجود المثل فى الأم ولم تجد بديلا لها بين معلوماتها .

* أنظر المرجع فى علم النفس - دار المعارف الطبعة الاولى ١٩٥٩ والطبقات التالية.

٤ - لا يرى المؤلف أن الأمراض العقلية تلعب دوراً هاماً في إلتحار المراهقين والشباب اللهم إلا في نسبة ضئيلة . أما الأمراض العصابية النفسية فهي وإن كانت غير متميزة إلا أننا لا ننكر أهمية إختلال التوازن النفسى للمراهق والشاب الذى يحاول الانتحار نتيجة لإختلال التكيف الاجتماعى .

الانتحار ومحاولة الانتحار:

هناك من ينجحون فى الانتحار وهناك من يحاولون الانتحار ويفشلون فيه وقد بينت الدراسات أن من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول ثانية وفى فترة قصيرة . لذا إهتم العلماء بدراسة هاتين الفئتين ببيان ما إذا كانت هناك فروق بينهما . فقامت روث اتانجر Ettlenger (١٩٦٤) فى السويد ببحث لمقارنة من ينتهى بهم الأمر إلى الانتحار بمن ينتهى أمرهم إلى مجرد المحاولة . فتبعت نصف الحالات البالغ عددها ٤٥٧ ممن حاولوا الانتحار وأودعوا عيادة طب نفسية فى أستكهلم فى الفترة ما بين ١٩٥٢ - ١٩٥٧ . فوجدت أنه حتى عام ١٩٥٤ ظل ٢١١ فرداً حياً من ٢٢٧ وحتى عام ١٩٦٤ كان ١٧ منهم قد أنتحروا وقارنت بين الحالات التى أنتحرت والحالات التى توقفت نشاطها عند مجرد المحاولة فوجدت إختلافات لها دلالتها بينها أهمها:

١ - أن نسبة تواتر الإلتحار فى عائلات من أنتحروا تعادل ضعف التواتر فى الحالات الأخرى.

٢ - يزداد تواتر إضطراب الحياة العائلية وعدم إستقرارها أثناء فترة المراهقة بين المنتحرين .

٣ - كان المنتحرون أقل فى التعريب فى التواحي المهنية عن المحاولين فقط .

٤ - كانت نسبة الجرائم بين المتحرين أعلى .

٥ - كما كانت النزعة نحو الافراط في الخمر والمخدرات بينهم أعلى .

٦ - وكانت الاعراض الذهانية بما في ذلك الاكشاب في سن البلوغ بينهم

أعلى ، والحق عدد اكبر من بينهم بالمستشفيات العقلية .

وينتهى البحث إلى أن الفئتين مختلفتان وإن كان يوجد بينهما تداخل :

وقارن تكمان Tuckman وآخرون (١٩٦٨) بمجموعة تتكون من

١٥٧ فرداً ممن حاولوا الانتحار أكثر من مرة أى ما بين مرتين وست مرات

بعينة تتكون من ١٠٤٥ حاولوا الانتحار مرة واحدة . تم الحصول على نسبة

الوفاة نتيجة للانتحار بتتبع أفراد المجموعتين لمدة سنة بعد المحاولة

الاخيرة فبينت المقارنة تشابه أفراد المجموعتين في الخصائص العامة وفي خطر

نجاح المحاولات .

وحاول بوكورنى Pokorny في أمريكا (١٩٦٦) تتبع ٦١٥ حالة من

٦١٨ حاولت الانتحار من بين المجندين السابقين فوجد أن ٢١ حالة أى ما يعادل

٣,٤ ٪ من الحالات قد انتحرت فعلاً أثناء التتبع في فترة طولها من شهر إلى

١٤ ١/٢ سنة ومن نتائج هذا البحث أن السلوك الانتحارى (المحاولة والتهديد

بالانتحار والأفكار الانتحارية) من أحسن ما يمكن التنبؤ به على الانتحار في

المستقبل . والذكور الذين كان لديهم هذا السلوك كان احتمال انتحارهم يعادل ٣٥

ضعف المعدل المتوقع .

ودرس جياسانلى Giacanelli (١٩٦٥) في إيطاليا ٣٨٣ محاولة انتحار

في الفترة ما بين ١٩٥٥ - ١٩٥٧ فبينت الدراسة أن ٣٢١ محاولة كانت من النساء . ومحاولات الانتحار عند النساء في رأيه غالبا ما تكون فاشلة وتنتج عن ردود أفعال شاذة ولكنها ليست ذهانية . والوسائل المفضلة للانتحار عندهن هي الحبوب والسوائل والغاز . أما في الرجال فضعف حالات الانتحار كانت نتيجة لذهان . والوسائل المفضلة هي الاختناق والآلات الحادة والقفز من أماكن عالية .

ويشرح وايزمان Weisman (١٩٦٧) دور المستشار الطب نفسى من ناحية من لديه النزعات الانتحارية مينا كيف أن مبادئ التشريح النفسى كما وضع مبادئه شنيدمان Shneeldmen وزملاؤه يمكن الاستفادة منها وهو يرى :

- ١ - أن الشخص الممرض للانتحار غالبا ما يكون قد تم الافراج عنه من مستشفى عام دون تشخيص نفسى كامل ودون وجود تتبع .
- ٢ - غالبا ما يتم تصنيف محاولات الانتحار كجرد محاولة .
- ٣ - غالبا ما يسوق من لديهم النزعة للانتحار آلامهم والضغوط عليهم إلى طبيب أو صديق .
- ٤ - إن دراسة الانتحار لا بد وأن تقوم على دراسة وافية لطرق الانتحار والموت .

الانتحار والأمراض النفسية والعقلية :

هناك من الأمراض النفسية والعقلية ما تكون محاولات الانتحار فيها غير مستبعدة . فبعض المرضى بالمستيريا قد يحاولون الانتحار وتكون في العادة

محاولاتهم فاشلة لأن الهدف منها في الغالب لفت النظر اليهم واستدراج العطف أو عقاب من حولهم بإثارة الهلع فيهم . وسبق لنا أن ذكرنا أن الانتحار نتيجة لحالات الاكتئاب في عصاب رد الفعل الناتج عن كوارث فعلية في حياة بعض الأفراد كفقْدان الثروة أو الفشل في الحب وما إلى ذلك من الأمور التي يجب الحذر منها .

وتبين السجلات حالات انتحار في المرضى بالحواز والنيوروستانيا . أما في الأمراض العقلية فاحتمال الانتحار موجود في ذهان الاكتئاب ، والاحتمال فيه درجته أعلى من درجة الاحتمال في الأمراض الذهانية الأخرى التي يتواتر الانتحار فيها أيضا .

وتعمد الدراسات التي تقارن بين المتحرين ومحاولين الانتحار من نزلاء مستشفيات الأمراض العقلية وبين زملائهم من لا يحاولون ذلك لبيان السمات المميزة .

ففي دراسة لفاربرو وزملائه Farberow et al (١٩٦٦) حاولوا فيها البحث عن العوامل ذات الدلالة في تاريخ حياة وسجلات ٢١٨ من المودعين في مستشفيات الأمراض العقلية من الذكور الذين ألتحقوا و ٢٢٠ ممن لم يتتبعوا وقد وجدوا ١٠٨٠ عاملا لها دلالتها تفرق بين أفراد المجموعتين في مجالات الخصائص السكانية ، والتشخيص ، والطفولة المبكرة ، والتاريخ الزواجي ، والتحصيل المدرسي ، والتاريخ العسكري ، والمصاعب في داخل المستشفى وخارجها . وفي دراسة لجرير Greer (١٩٦٦) تتبع فيها ٨١ حالة من الحالات الانتحارية قارنها بمجموعة تتكون من ٢٨٥ من المرضى غير الانتحاريين .

وبينت هذه الدراسة أن العصايين من الانتحاريين يتواتر بينهم فقدان الأبوى المبكر ، كما كانوا أصغر سناً عند الإيداع في المستشفى من أفراد المجموعة الأخرى. أما من ناحية الجنس والطبقة الاجتماعية فلم تبين المقارنة فروقا لها دلالتها بين أفراد المجموعتين . وتتفق هذه الدراسة في بعض نتائجها مع دراسة لفي وزملائه Levi et al (١٩٦٦) إذ قاموا بمقارنة أفراد ثلاث مجموعات من المرضى بأمراض عقلية إحداها من حاولوا الانتحار بينما تضم الثانية من لديهم نزعات انتحارية ، والثالثة مجموعة ضابطة. فوجد أن الانفصال في الطفولة عن الأم وخاصة منذ الميلاد وحتى سن سبع سنوات يتواتر بنسبة عالية بين المحاولين الانتحار دون المجموعتين الأخرتين . وهذه النتيجة متوقعة لأن الاكتاب أساسى في معظم حالات الانتحار وقد سبق لنا أن أبرزنا العلاقة بين الاكتاب وفقدان أحد الأبوين (ص ٢٢٧ -- ٢٢٨)

وفي دراسة لفاربرو وزملائه Farberow et al (١٩٦٦) غير الدراسة الأولى قاموا فيها بتحليل سجلات إدارة الجنود المتقاعدين المرضى بالقلق أو الاكتاب ، نصفهم أنتحر والنصف الآخر لم ينتحر . قارنوا المتحرين بنسب غير المتحرين فوجدوا فروقا بينها في ٢٢ عنصراً سلوكياً وإنفعالياً . وصنفوا الحالات كلها في أنماط كما يلي :-

١ - نمط من فقدوا الموضوع من المتحرين من ذوى الصراعات الحادة في العلاقات الانسانية .

٢ - نمط من اليأس من المتحرين من لحقت بتكاملهم النفسى الإهانة .

٣ - النمط الطبى من غير المتحرين وهؤلاء يعانون من مشكلات جسمية .

٤ - النمط الانوى من كل من المتحررين والمجموعة الضابطة وهؤلاء أصبحت علاقاتهم محدودة بالمجتمع .

٥ - النمط ما قبل الانوى وهؤلاء من المجموعة الضابطة من صفار السن وهؤلاء غالبا في مرحلة مبكرة من مرحلة الانويه.

وقام بولن وزملاؤه Bolin et al (١٩٦٨) بمقارنة من حاولوا الانتحار من نزلاء المستشفى بأمراض عقلية أثناء منحهم عطلة يقضونها في منازلهم بزملائهم الذين لم يحاولوا ذلك فوجدوا أن العناصر التي لم تميز بين الفئتين هي السن ، والحالة الزوجية ، وإدمان الخمر والمخدرات والسلوك المضاد للمجتمع . أما العوامل التي ميزت بينها فهي الحالة الصحية خلال الستة أشهر الأخيرة ، والفقدان الحقيقي لعزير أو المتخيل خلال الستة أشهر السابقة ، وتاريخ التهديد بالانتحار ، وتاريخ محاولات الانتحار ، وطول آخر إيداع في المستشفى .

الإسعاف النفسى في حالات الانتحار :

من المعروف أن من يحاول الانتحار مرة سوف يحاول مرة ثانية وفي فترة قصيرة ومن المسلم به أن حالات الانتحار تتم أثناء معاناة الشخص من موجة إكتئاب حادة ، يشعر فيها الشخص غالبا بحالة إغتراب عن نفسه . وفي سنة ١٩٥٣ قدم بلاك Bellak أسلوبا من أساليب العلاج النفسى أسماه الإسعاف النفسى emergency psychotherapy . وهو نوع من العلاج النفسى يقوم على مفاهيم التحليل الفرويدية غير أن الهدف فيه هو إزالة الأعراض ، ويستخدم في حالات الإسعاف التي يتعم فيها إحداث تغيير في الفرد في فترة قصيرة أى ما بين ثلاث جلسات وست على الأكثر . لذا يختلف هذا الأسلوب عن العلاج النفسى الفرويدى بالذات من ناحية الهدف وطول المدة والطريقة إذ لا يستخدم في هذا

الأسلوب أسلوب التداعي الحر المألوف في التحليل النفسي أو يحاول المعالج من حالات الأسعاف تناول الدوافع اللاشعورية مباشرة وتفسيرها دون تفسير الدفاعيات ضدها . والخطوات الأساسية في هذا الأسلوب كما يحددها بلاك هي الاتصال ، والتفسير ، والبصيرة ، والتصرف الذاتي .

ففي الاتصال يتحدث المريض عن مشكلته وتاريخها وحياته الحالية ، وفي التفسير بعد أن يستمع المعالج إلى المريض ويدرك نمط سلوكه وبنياته وسوء تفسيره للأحداث ، يلفت نظر المريض في الوقت الذي يراه مناسباً إلى كل ذلك؛ فإذا أدرك المريض ذلك فإن هذه هي البصيرة بعينها ، وحينئذ يتم التصرف الذاتي ويتهده به تطبيق المريض لبصيرته الجديدة في المواقف المختلفة .

فالأسعاف النفسي إذن ماهو إلا طريقة لعلاج الأعراض التي تتطلب إزالة سريعة لخطورها . وهدفه قاصر على إزالة أعراض بعينها ، ووقته محدود ، ويتم الالتجاء إليه إذا كان وقت المعالج أو المريض محدوداً جداً . وهذا يعني أن هذا الأسعاف قد يوجه إلى حالة الإكتئاب وحدها على أن يتم العلاج بعد ذلك بالأساليب المألوفة على يد المعالج الذي قام بالأسعاف أو غيره . يؤخذ تاريخ منفصل للحالة ويعطى تفسيره على أساس الديناميكية المعروفة في التفسير الفرويدي للإكتئاب وخلاصته الكراهية ضد موضوع الحب كجزء من تنازع وجداني يرتبط باليأس والاحباط من الرغبات القمية لدى موضوع الحب . وهذه الرغبات ذات طبيعة فية عدوانية ، وفيه تناولية في نفس الوقت ، بمعنى آخر لقد امتص من يعاني من الاكتئاب موضوعات حب يشعر نحوها بعدوان . وتمنع أنا عليا قاسية التعبير عن هذا العدوان ، فتوجهت موجة الغضب ضد الأنا .

فيجب أولاً تأمين المريض بأن موجة الغضب الموجهة لديه أمر مشروع

ومقبول . ويجب أن يسير التقليل من قسوة الانا الاعلى جنبا الى جنب مع زيادة الوعى بالغضب . والمعالج بتمثيله في هذه اللحظة للسلطة وللانا الاعلى يجب أن يتصف سلوكه بالتقبل والسماحة والتعزيد .

ويجب أن يتم تدريجيا زيادة وعى المريض بمن يجب أن تتجه اليه موجته الغضبية . كما يجب وبمحذر شديد زيادة الوعى بالرغبات الغمية السلبية وبقبلها على أنها مشروعة أيضا . كما يجب تحليل الاحلام إذا كان له دور في الاسعافات المطلوبة . والتعليم أمر ضرورى إذ يجب أن يتعلم المريض أن النزعات العدوانية والنزعات التواكلية كلاهما جزء من كل شخص وفي حالته كانا يتميزان بزيادة القوة وزيادة المكف .

ويجب إخراج التخييلات الانتحارية من الأعماق لبيان الافراد اللاتى تعينهم هذه التخييلات لدى الفرد سواء كانت شعورية أو لاشعورية . فإذا كانت شعورية فيجب معرفة الشخص الذى تتجه نحوه المواجهة العدوانية والمساعدة على تعريف الشخصية . أما إذا لم يكن هناك تخيل شعورى فيجب إيضاح مفهوم "إيذاء النفس لا إيذاء الغير" . وإذا كان احتمال معاودة الانتحار كبيرا فيجب إيداع الفرد مؤقتا فى المستشفى مع تشديد الحراسة عليه ، ويمكن أن يساعد الطبيب باعطاء المهدئات وبالتخدير .

القسم الثالث

الباب التاسع

حول العوامل السببيه والعلاج النفسى

الفصل الثالث والعشرون

حول العوامل السببية والعلاج

مقدمة :

يتضح للقارئ بعد دراسته للاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية المختلفة أنه لا يوجد سبب واحد يمكن أن تغزى إليه أى ظاهرة من الظواهر . حقا هناك من العلماء وعلى مر العصور من تحمسوا لعوامل بعينها على حساب عوامل أخرى ، كمن انتصروا للوراثة في معارضة من انتصروا للعوامل البيئية ، ومن انتصروا للعوامل الجسدية معارضين للتفسيرات النفسية وهكذا . إن الاتجاه الحالى على أى حال يؤكد تعدد العوامل وتفاعلها إلى الحد الذى لا يمكن معه فصل أثر هذه العوامل عن بعضها أو تحديد مدى أثر كل منها . وإذا حاولنا إتخاذ إتجاه عملي بتحديد مجالات تنبع منها العوامل السببية ويمكن أن يتخذ كإطار يفيد في العلاج النفسى ، فقد وجد المؤلف من خبرته أنه لا توجد مشكلة من المشاكل أتت بمرضى إلى العيادة النفسية إلا وتوجد أسبابها وجذورها في مجال العلاقات الاسرية أى علاقة الفرد بأفراد أسرته وخاصة الاب والام ، وفي مجال علاقاته بالناس أى المجتمع خارج محيط الاسرة بمنظوماته المختلفة : الجيرة ، الاصدقاء ، المدرسة ، العمل وما إلى ذلك . وفي مجال علاقته بالله أى إتجاهاته الدينية ومدى شعوره بالذنب وتوقعه لعقاب الله أو عفوهِ . وسوف نتناول كل مجال من هذه المجالات على حدة .

١ - العلاقات الاسرية

حاولنا في عرضنا للاضطرابات المختلفة أن نبرز بقدر الامكان إهتمام العلماء بتحديد علاقة الطفل بوالديه وخاصة في السنوات الاولى من العمر وأثر ذلك على تكوينه النفسى وما قد يعتريه من اضطرابات فيما بعد . والاسرة التى نغنيها هى أسرة التوالد وأسرة النشئة الاجتماعية فى نفس الوقت لأن أسرة الولادة فى معظم المجتمعات المتحضرة هى الاسرة المسئولة عن النشئة الاجتماعية . وهذه الاسرة مسئولة عن حماية الطفل ورعايته وإشباع حاجاته الجسمية والاجتماعية وإعداده للمجتمع الذى يعيش فيه عن طريق العمليات التى اصطلح العلماء على تسميتها بالنظم الأولية وهى الرضاعة ، والفطام ، وضبط المعدة ، والتربية الجنسية ، وتنظيم العلاقة مع الكبار ، وتحمل المسئولية . ويرى العلماء أن التكوين النفسى للطفل والذى يجعله يتشابه مع غيره من أطفال ثقافته يتوقف على نوعية الاساليب التى تتبعها الثقافة فى تطبيق هذه النظم وما تسم به من لين وقسوة . وهم فى ذلك يعتمدون على التفسير الفرويدى ومراحل النمو الجسمى الفرويدية وعمليات النكوص والجمود على مراحل معينة مما سبق لنا شرحه .

على أى حال للأسرة وظائف مختلفة يدخل فيما إلى جانب حماية الطفل ورعايته وإشباع حاجاته الجسمية والاجتماعية لإعداده ليعيش فى المجتمع الذى ولد فيه .

وهناك ما تمنحه الاسرة للطفل مما لا إرادة له فيه . من ذلك مثلا الصفات الوراثية التى يأخذها مناصفة من الاب والام . ولا تتقل أى صفة وراثية إلا عن طريق ما يسمى بالكروموزومات والجينات وطبقا لقوانين وراثية محددة .

ولعل أهم ما يتأثر بالعوامل الوراثية التكوينية الجسمية : الطول، الوزن، لون البشرة، لون الشعر، لون العينين، التكوينات العصبية، معدل نشاط الغدد... الخ. والمعروف أن الوراثة لا تؤثر في السلوك موضوع الدراسة في علم النفس إلا عن طريق التكوينات الجسمية. ويجب أن تؤكد أن استعداد الفرد وراثيا لصفات معينة لا يعنى بالضرورة أن تكشف هذه الصفات عن نفسها إذ لابد من توافر ظروف معينة لظهورها. كما يجب أن تؤكد من ناحية المرض النفسى والعقل أنه لا يوجد اختلاف بين المريض والسوى إلا في الدرجة، فكثير ممن يقرأون عن الأمراض العقلية والنفسية يعترهم الخوف لأنهم يرون نفس الأعراض فيهم. وهذا صحيح إلا أنهم ليسوا بمرضى. وكلنا لدينا استعداد للانهياء غير أننا نختلف في درجة مقاومتنا، وقد يكون لدى الفرد مقاومة عالية إلا أنه يتعرض في حياته لما يحطم مقاومته. على أى حال نحن وإن كنا لا نذكر أثر الوراثة في بعض الإضطرابات إلا أن الوراثة وحدها ليست كافية فهناك عوامل أخرى كثيرة ومعقدة لابد أن تؤخذ في الاعتبار لكي يكون للعوامل الوراثية أثرها.

وتمنح الأسرة للطفل بالإضافة إلى ما يورثه له الآباء اسمه، وقد يتقبل هذا الاسم فيما بعد أو يشعر بأنه سبة ويتمنى تغييره، كما تمنحه دينه ويتوقف مدى تقبله لهذا الدين على مدى ما يضيفه عليه من راحة نفسية، ومدى القسوة أو اللين، والتهديد والوعيد، والمعقول واللامعقول في الأساليب التي يلقي بها تعاليمه، بل ونظرة المجتمع الذي يعيش فيه إلى هذا الدين وما يلحقه نتيجة لإعتناقه من اجحاف أو امتيازات. وتعلمه الأسرة اللغة التي يتكلمها وطرق التعبير عن حاجاته ورغباته والعادات المختلفة وأساليب السلوك التي يقرها المجتمع والتي نابت الأسرة عنه لتعليمها له. وكل هذا يدخل ضمن ما يسمى بالميراث

الاجتماعى . ومن ضمن هذا الميراث الابوان . فليس لآى طفل إرادة فى إختيار أبويه ولا المستوى الاجتماعى والاقتصادى الذى جاء منه . ولم يتخير من بين الناس إخوته ، بل لم يكن له الخيار فى أن يعيش بإخوة أو دونهم ، أو فى تحديد ترتيبه بينهم ، أو تحديد جنسه وجنسهم . ويتوقف التكوين النفسى للفرد على كل ذلك . إذ يختلف التكوين النفسى للمسلم فى ثقافة إسلامية عن المسيحي فى ثقافة مسيحية أو ثقافة إسلامية ، وابن الطبقات المحرومة عن ابن الطبقات المستغلة ، والولد الوحيد عن الولد الوحيد بين مجموعة من البنات ، وعن البنت الوحيدة ، أو الوحيدة بين مجموعة من الصبيان ، وإذا ما كان الطفل الأول أو الاوسط أو الاخير . فالنسكون النفسى للفرد إذن حصيلة لعوامل عديدة تتشابه وتفاعل فيه عوامل الميراث الطبيعى والميراث الاجتماعى .

وقديما كانت الاسرة تمتد لتشمل العمات والخالات والاعمام والاخوال وأبنائهم وبناتهم والجدود والجندات وغيرهم من الاقارب . وكان لدى الطفل بدلا من الاب عديد ممن يقومون مقامه وبدلا من الام عديدات يقمن مقامها . حتما كان لدى الطفل أكثر من الابوين ممن يسعى لارضائهم غير أنه كان لديه من يعطيه الحب والعطف إذا ما عجز الابوان عن ذلك . ونلاحظ حاليا نوعا من الاستقلال والانفصالية بين أسرة التوالد وأسرة الاقارب . إذ يستقل الزوجان عن بقية الأسرة ، وهذا أمر أصبح فى حكم الضرورى فى ضوء التغيرات الثقافية إذ وجد أن ما تسعى اليه الفتاة فى الزواج هو أن يكون لها بيت مستقل ، ولها رجلها وأبنائها . ولم يعد للجندات والخالات والعمات وغيرهن من الاقارب ما كان لهن من أثر فى حياة الطفل . وأدى مثل هذا التغير فى حجم الاسرة وفى طبيعة تكوينها إلى التأثير فى تشيئة الطفل . إذ بسط مواقف التشيئة الاجتماعية .

فلم يعد لدى الطفل أفراد كثيرون يسعى لإرضائهم ، كما أدى إلى زيادة الرابطة بين الطفل وأبويه . فقد بدأ كان يجد بديلا للأبوين في الأقارب العديدين . وكان النموذج الذي يحتذيه الطفل صورة بمجردة من عديد من الأفراد . فأصبح هذا النموذج ممثلا في فرد واحد هو الأب أو الأم . وقد يكون النموذج رديئا أو جيئدا ولا بديل له . وقد يفقد الطفل النموذج من نفس جنسه بالموت أو الطلاق أو الانفصال أو ما إلى ذلك ولا يجد من يحل محله أو النموذج الذي يحتذيه ، والبحوث التي تبين أثر غياب صورة الأب أو صورة الأم والانفصال عن الأب وعن الأم عديدة . نتيجة لذلك كاه أصبح الطفل يشعر باستمرار بعدم الإطمئنان لعدم وجود البديل ومن يلجأ اليهم إذا فقد الأفراد القليلين الذين يعتمد عليهم . ويذكر المؤلف أن ابنه الأكبر وهو حاليا في الثانية عشرة من عمره سأله وهو في سن السادسة في السنة الأولى الابتدائية وكان قد تعلم الذهاب إلى المدرسة والمجيء منها وحده ليجد إما والده أو والدته في إنتظاره وكلاهما يعمل ... سأل إذا حضرت ولم أجدك فماذا أفعل .. ؟ قلت له : ستجد ماما ... قال : وإذا لم أجد ماما ... ؟ قلت ستجدني فقال ... وإذا ماتت ماما ومات أنت فمن أجده ؟ ؟ وإن نخوض في تفسير هذا الحوار إلى أعرق مما يدل عليه . فهو يدل بوضوح على ما يعترى الطفل من قلق لإضطرابه للاعتماد على عدد محدود من الأفراد قد يفقدون في أى وقت .

وأدى الاتصال المباشر بين الطفل ووالديه إلى زيادة سلطة الأبوين . والاعتماد على مصادر السلطة يصحبة وجود خطر الانفصال عنها مما قد يتخيلة الطفل وما قد تقويه أساليب المعاملة التي يتعامل بها الآباء مع أبنائهم إذ بينما يتوقع الأبناء الحلب من الآباء فقد يجدون الكراهية أو التدليل الزائد وكلاهما ضار ، وبينما

يتوقعون التقبل يصددهم النبذ ، وبدلاً من الاهتمام يجدون الإهمال وهكذا . لقد تناول العلماء النبذ ، والإهمال ، والكراهية ، والقسوة ، والتدليل الزائد ، وإشباع الآباء لحاجاتهم غير المشروعة على حساب الأبناء وغير ذلك من الأنماط السلوكية لبيان أثرها على الصحة العقلية للطفل وما يعانيه من اضطرابات في مستقبل حياته . ودراسة هذه الأساليب في ديناميكية العلاقة بين الطفل والديه كانت المصـدر الذى أوحى لفرويد بمقدمة أوديب وملحقاتها من عقد ونظريته في التكوين النفسى والنو الجنسى ، وأوحت لمورناى واريك فروم وهارى ستاك سوليفان وغيرهم بالأسس التى يفسرون بها القلق الأساسى ، ولأصحاب نظرية الذات وعلماء الاجتماع بأسس تفسير تكوين فكرة المرء عن نفسه وتحديد دوره ومركزه . فكان المعاملة التى تعامل الأسرة بها الأبناء سواء أكانت أساليب المعاملة أنماطاً سلوكية تسود فى المجتمع أو أنماطاً سلوكية تختص بها أسرة بعينها تبعاً لتفسيرها الخاص للمعايير الاجتماعية أو لانحرافها عن هذه المعايير هى الأساس الذى تتخذه معظم النظريات لتفسير السلوك وما تحاول الكشف عنه أساليب العلاج النفسى المختلفة .

لقد أفاض العلماء فى بيان الأسباب والعوامل التى تؤدى بالآباء إلى معاملة الأبناء معاملة خاصة تخالف ما هو متوقع وسنحاول فيما يلى الكشف عن بعض هذه العوامل فى ثقافتنا مع التركيز على شعور الآباء نحو دور الأبوة .

يجمع الزواج بين رجل وامرأة لكل منهما مكونات شخصيته الخاصة . وتفترض الثقافة أن يصل كل رجل وكل امرأة فى سن معينة إلى مرحلة الإستعداد للزواج والإقبال عليه . ويؤدى الضغط الثقافى بكثير من الرجال والنساء إلى الزواج لايهدف واضح سوى أن المجتمع يتوقع منهم ذلك . ويتم الزواج . والزواج

السعيد هو الذى يتوفر فيه التكاثر بين الزوجين إقتصاديا وإجتماعيا وثقافيا وفكريا مع تقارب فى الميول والاتجاهات وليس من الضرورى فى الواقع العمل أن يتحقق ذلك . فالفتاة صغيرة السن التى تتزوج رجلا مسنا ، والمتعلمة التى تتزوج رجلا أقل منها ثقافة ، والفقير الذى يسعى لإواج امرأة ثرية والعكس بالعكس أو من تتزوج من غير دينها أو من غير أبناء وطنها وكذلك من يتزوج من غير دينه ومن غير بنات وطنه لا يمكن أن نقول إن التكافؤ موجود وإن احتمالات النجاح فى مثل هذا الزواج كبيرة . إنما العكس هو الصحيح . وفى مراحل التغير الثقافى لابد أن تتوقع مثل هذه المفارقات وبالتالى عدم التوفيق . وتعانى مصر من إرتفاع نسبة الطلاق فيها لعدة عوامل لعل أبرزها حاليا التغير الثقافى الذى نمر به وبدرجة سريعة والذى يصحبه تزلزل القيم القديمة مع عدم وضوح قيم جديدة لم تتبلور بعد لتحل محلها . ولاشك أن التكافؤ بين الزوجين يتبعه ضرورة تقبل كل منهما لأهل الآخر ولأصدقائه بالإضافة إلى معرفة الرجل لدوره ومعرفة المرأة لدورها فى ثقافتها وفى العلاقة الزوجية ونشأة كل من الزوج والزوجة فى بيت لم تهدده الخلافات الزوجية أو الموت أو الطلاق . لأن الآباء يضربون لأبنائهم المثل على ما ستكون عليه حياتهم الزوجية فى المستقبل . ويجد الأبناء عن لديهم مثل هذه الخبرات صعبة فى الأيام الأولى للزواج فى التكيف للحياة الجديدة فإذا ما فوجئوا بالحمل فقد يودى هذا إلى تعقد مشاكلها لتوقع زيادة المسئولية .

ولاشك أن الحمل يصحبه تغيرات فسيولوجية عند الزوجة تشعر معها بالضيق وسرعة الإستفزاز . فإذا أضفنا إلى ذلك ما يودى إليه الحمل من تغير فى المظهر الجسمانى مما يسبب ضيقا للزوجة المعجبة بمظهرها وجمالها أدرك

ما قد يسببه لها ذلك من مشاكل تضاف إلى حصيلة مشاكلها الأولى مما يحدد اتجاهاتها نحو الطفل ، فقد تكرمه قبل مجيئه .

وتحدد معاملة الآباء للطفل بعامل آخر هو مدى رغبتهم في طفل من جنس معين فقد يرغب في ولد فينجبان بنتا أو العكس بالعكس . وكم رأينا من الأزواج من ينفرون من بيوت الزوجية لمجرد أن الزوجة قد أنجبت بنتا بينما كانوا يرغبون في طفل ولدا .

وتؤدي ولادة طفل جديد في الأسرة إلى تغيير نمط حياة الأسرة . إذ يضطر الأب وتضطر الأم إلى التخلي عن كثير من حريتها للعناية بالطفل . إذ تضطر الأم إلى صرف وقت أطول في المنزل تقضيه في عمل مستمر لإرضاء مطالب الطفل وقد يؤدي هذا إلى صرفها عن الاستجابة لمطالب الأب الذي يتحتم عليه أن يعتمد على نفسه في كثير من الأمور التي كانت تؤديها زوجته . وتبدو المشكلة بشكل أكبر مع الأمهات العاملات . و بزيادة التعليم وضرورة استخدام الدولة لكل الطاقات البشرية و بزيادة التحول الإشتراكي والمساواة بين المرأة والرجل في الحقوق والواجبات وتحقيق مبدأ من يعمل يأكل ومن لا يعمل لا يأكل سترداد مشكلة الأم العاملة التي عليها أن توفق بين أداء واجباتها نحو أبنائها ومنزلها ونحو العمل . مع عدم وجود الخدمات والامتيازات التي تحظى بها الأمهات في المجتمعات الإشتراكية والتي يمكن أن تساعد على التخفيف عن الأمهات . إن الطفل على أي حال يتطلب الحب غير المشروط الذي يشعر في كنفه بالأمن والاطمئنان ، ولا يكفي أن نقول إننا نحب أبنائنا ، إذ لابد أن يظهر الحب في سلوكنا نحوهم وفي معاملتنا لهم ... وأهم ما يجب أن تتميز به هذه المعاملة هي الثبات والاضطراد والحرارة التي تجعل من كل من الأم والأب خبرة سارة ودون إستغلال للأبناء ودون إستغلالنا لما هم في حاجة

إليه من الحب أى دون أنانية ودون إستخدام الحب للترغيب والترهيب أو استغلاله كسلعة لها ثمن على الطفل أن يدفعه .

والتناقض الوجداني أمر حتمى فى عملية التفاعل بين الآباء والأبناء مادام الآباء أصحاب السلطة والسلطة كثيراً ما تكون غير منطقية . ولن نكرر ما قاله إريك فروم فى هذا المقام وما سبق لنا شرحه ولكن يكفى أن نذكر أننا شاهدنا فى كثير من الحالات شعوراً بالعداء والبغضاء نحو الآباء مكبوتاً ومصحوباً بالشعور بالذنب ، جذوته مشتعلة رغم السد المقام حوله ، لكن لهيبه يصيب كل من يتعامل مع من يعاني من هذا الشعور ، ويزيد اشتعال هذا الشعور تعامل الآباء مع أبنائهم مما يستشف منه الإبناء الكراهية أو البغضاء أو الإهمال أو الاستغلال سواء فى الواقع أو فى الخيال . وهكذا يستبدل الحب بالكراهية ، والشعور بالأمن بشعور بالقلق ، والتحرر النفسى بالشعور بالذنب .

ويقسم روزنزويخ (١٩٤٤) ردود الأفعال الناتجة عن الإحباط والفشل فى الغضب إلى ما يأتى :-

١ - مجابهة مصدر الفشل والإحباط بالغضب والإعتداء اللفظى أو الجسمى أو التهديد والتحقير . ويسمى مثل هذه الردود بردود عقابية موجهة إلى الخارج (extropunitive) . والفرد الذى يصبح هذا أسلوبه الأساسى يتحول إلى « ناقد مر » ،

٢ - لوم النفس أو الذات وتحقيرها والشعور بالذنب . وقد يصل الحد إلى توجيه الموجة الغضبية إلى محاولة الاعتداء على النفس وإيذائها . وتسمى هذه الردود وأمثالها بردود عقابية موجهة إلى الداخل (intropunitive) . والفرد

الذى يصبح هذا أسلوبه السائد يتميز بأنه كثير الاعتذار ويتقبل توبيخ الغير بسهولة .

٣ - عدم القاء اللوم على أحد والقائه على الظروف وقلة الحيلة ويسمى بالعقابية الخاملة (impunitivo) فإذا أصبح هذا النمط في السلوك أساسيا فقد يقل الشخص من مشاعره وأفعاله العدوانية ويفشل حينئذ في تقدير آثارهما على الغير أو على نفسه .

والخلاصة أن الطفل في السنتين الأولى يعتمد على أمه اعتمادا كليا ويكون النم اداته في التعامل مع المجتمع الخارجى ويرى اريكسون (١٩٥٠) أن هذه المرحلة هى التى تبذر فيها بذور الثقة أو عدم الثقة بالناس وبالعالم الخارجى والشعور بالتفاؤل أو بالتشاؤم تبعاً للبرور بهذه المرحلة بسلام أو التعرض إلى احباطات . فإذا تركنا هذه المرحلة جانبا وانتقلنا إلى المرحلة فيما بين الثالثة والسادسة نجد أن الطفل فى هذه المرحلة يسعى إلى الاستقلال عن الأم نتيجة لاستقلاله الجسمانى بتعلمه المشى وتناول الأشياء بيده وسيطرته على حركته واتصاله اتصالا مباشرا بعناصر البيئة التى تشبع حاجاته . ويتميز سلوكه فى هذه المرحلة بالسلبية إذ يرفع راية العصيان ضد السلطة . والكلمة السهلة لديه هى كلمة لا إجابة لكل أمر . وهذا تجريب لتحقيق استقلاله وشعوره بالذاتية . وتصبح مشكلته مع الكبار فى انهم يقفون فى طريقه . وتصبح النزعات الاعتدائية والتحكم فيها من أهم مشكلات هذه المرحلة . والمشكلة هى كيفية توجيه النزعات الاعتدائية حتى لا يتم تأجيل التعبير عنها ، أو تستر تحت غطاء آخر أو تتحول نحو من لا يستحقها . ويعانى كثير من المترددين على العيادات النفسية للتوجيه

أو للعلاج من نزعاتهم العدوانية لفشل الآباء في تناول هذه النزعات في هذه المرحلة من العمر .

وبعد هذه المرحلة ينتقل إلى المدرسة حيث يبدأ تأثير المجتمع الخارجى .

ب - العلاقات بالناس

يأتى المرضى إلى العيادات النفسية وعلاقاتهم بالغير مجال من المجالات التى لمسوا فيها إضطرابهم . والشكوى العادية هى الانطوائية وحب العزلة وكراهية الناس والخوف منهم ، وغيره الآخرين منهم أو غيرتهم من الآخرين ، والخوف من إستغلال الناس لهم وإضطهادهم ، وما إلى ذلك . ويكشف الكثيرون عن أنماط عدوانية فى التعامل مع الغير مع إيجاد المبررات اللازمة لذلك . كما يكشفون عن كراهية للذات ونزعات انتحارية .

إن الأسرة إذا كانت مسئولة فى المقام الأول عما يعتري الأبناء من إضطرابات فإن المجتمع مسئول أيضا ، لأن المجتمع من الممكن أن يكون مجتمعا مريضا يحول دون إشباع حاجات أفرادهِ ويسبب لهم الصراعات والاحباطات . حقا إن الأسرة تضع أساس الانماط التى يستخدمها الفرد فيما بعد مع الجماعات الأخرى خارج نطاقها . فأتجاه الإبن مثلا نحو السلطة يتحول من الأب إلى المدرسة إلى الحكومة وهكذا . إلا أننا يجب أن نقرر أن عملية التنشئة الاجتماعية وتهيئة الفرد لمجتمعه لا تقتصر على الأسرة . فالأصدقاء والجيرة والمدرسة والجماعات الأخرى التى يتحرك فيها الفرد مسئولة عن هذه العملية أيضا . فالجماعات تعمل بنفس الطريقة كالأب والام مستغلة الثواب والعقاب . لأن الانتهاء للجماعة يشجع كثيرا

من حاجات الفرد وعدم الالتئام يجعل الشخص يحس بالعزلة ويعانى من القلق . فالطفل الذى يختلف دينه عن دين الغالبية فى مجتمعه على سبيل المثال لا يشعر بهذا الاختلاف فى محيط الأسرة وفى التعامل مع أفرادها ولكنه يبدأ فى الاحساس به إذا انتقل إلى المدرسة مثلاً وعامله الأطفال على أنه مختلف عنهم . وسوف يتساءل لماذا هو مختلف ، وما معنى أن دينه كذا ودين الآخرين كذا ، وما الفارق ، وهل الله فى هذا الدين يختلف عن الله فى ذاك ... ولا تعمل له الاجابات التى يحصل عليها مشكلته أو الصراعات التى يقع فيها والتى لا بد أن تنعكس على تفاعله مع الآخرين وتفاعل الآخرين معه .

وتتطور أساليب الطفل فى التعامل مع الآخرين بتطوره وإنتقاله من مرحلة إلى مرحلة من مراحل النمو . وقد امدنا علماء النمو بقوائم تفصيلية للسلوك الاجتماعى للطفل فى مراحل النمو المختلفة . ولا يعد أى أسلوب من الأساليب شاذاً مادام يتفق ومرحلة النمو التى يمر بها الطفل . والمفروض أن هناك عمليات يجب على الفرد أن يتعلها تنشأ كما يقول هافجهرست (١٩٤٩) من ارتباط عوامل ثلاثة تعمل معاً هى النضج الجسمانى ، والضغط الاجتماعية ، وشخصية الفرد أو ذاته . والعمليات التى تنشأ من ارتباط هذه العمليات تسمى بالعمليات الارتقائية . والعمليات الارتقائية developmental task عملية تنشأ فى فترة معينة من عمر الفرد يؤدى أداؤها بنجاح إلى سعادته ونجاحه فى عمليات مقبلة ، ويؤدى الفشل فيها إلى تعاسته وعدم رضا المجتمع والصعوبات فى القبول بعمليات تالية .

ولعل من المراحل الهامة التى يتجلى فيها أثر المجتمع المرحلة التى ينتقل فيها الطفل من محيط الأسرة إلى المدرسة فينتقل إلى أحضان جماعة الأصدقاء ، وينطلق

جسمانيا إلى عالم الألعاب الجماعية والعمل الذى يتطلب مهارات عقلية عصبية ،
وينطلق عقليا إلى عالم مفاهيم الكبار والمنطق والرمزية والاتصال . وعالم
المدرسة عالم لا يسيطر عليه الآباء والإخوة كل السيطرة ، وعليه أن يعتمد على
نفسه لساعات طيلة ، ويصبح مسئولاً أمام سلطات أخرى غير سلطة الآباء .
وقد يؤدي ذلك إلى خلق مشاكل للآباء لا للبناء . إذ يصبح الطفل في المدرسة
عضواً في جماعة الزملاء وعليه أن ينصاع لمعاييرهم ، وعليه أن يتعاون معهم ،
ويشاركهم في هذه المعايير . ولم يعد اختيار الأصدقاء قاصراً على من يحيطونه في
بيئة المنزل أو الجيرة .

إن الثقافة عن طريق الأسرة والجماعات الأخرى تقوم بضغط على الفرد في
جميع مراحل حياته لينصاع للطرق والعادات المتبعة في جماعته وهذا أمر ضرورى
وحتى إذ بدون هذا الضغط لن تستمر الجماعات أو الثقافات ولكنها تتفكك
وتتحلل . ومن التناقض أن يكون عامل الانصياع الذى يحفظ للجماعة بقاءها هو
نفسه معوقاً لتقدمها . ومن حسن الحظ أن يكون هناك من الأفراد من لا ينصاعون
فيصبحون المجددين والمطورين للثقافة .

والانصياع الاجتماعى social conformity : يقوم كإيرل لوك (١٩٥٤)
على عوامل ثلاثة هي المشاركة الوجدانية sympathy ، والتقليد imitation ،
والإيحاء suggestion . وحينئذ أجعل التقيص identification (أنظر
ص ١٢٣) أهميته كما هو عليه في الانصياع . ويتفق العلماء على أن التقيص
استعداد لدى الفرد بحمله يشبه آخر أو آخرين يتخذه أو يتخذهم أنماذجاً له .

ويغطي التقيص المفاهيم التالية :
أ) حذائهم ، أ) قد لا تكون له

١ - التحديد الفتوى : أى معرفة طبقات وفئات وأعضائها . فعلى سبيل المثال إذا قال الطفل أنا ولد فهذا يعنى عنده أن الأولاد يفعلون هذا ولا يفعلون ذاك... وهكذا . والتحديد الفتوى ينظم ويبسط ويحدد .

٢ - التقليد : أى تقليد النموذج فى السلوك . وهو يمدنا بمجالات للمحاولة والخطأ . ويتعلم المرء عادة بطريقة أسهل إذا رأى النموذج يقوم بما يريد تقليده .

٣ - تقمص موضوع الحب وتقمص المعتدى : يتكلم المحللون النفسيون عن هاتين العمليتين كعمليات دفاعية ضد الخطر النفسى . وبتقمص الفرد موضوع الحب حتى يتحرر من الاعتماد على الغير لإشباع حاجاته الإيجابية . فثلاً . إذا أحببتى أرى ، فإنى سأتعلم حب نفسى ، ويعنى هذا أنه سيكون هناك من يحب نفسى إذا غابت أرى ... هو أنا . بمعنى آخر ... أريد أرى أن تستمر فى حبى ، فإذا أخذت عنها أفكارها وسلوكها وتوقعاتها وقيمها .. الخ حتى تصبح هذه الأشياء جزءاً منى فإنها تستمر فى حبى . أما تقمص المعتدى فإنه يتم حتى يتمكن المرء من ضبط العدوان الذى يأتى من مصدر خارجى كاستجابته للسلوك السيئ للفرد . فثلاً إذا فعلت شيئاً خطأ ، وعاقبت نفسى عليه ، فإن يوجد شخص آخر ليعاقبنى .

٤ - تعميم المنبه : ويعنى هذا أن الفرد يتصرف إزاء فرد أو جماعة وكأنها فرد آخر أو جماعة أخرى . فأعامل الكبار مثلاً كما أعامل أبى لأنهم كبار مثله وهكذا .

وعموماً فالأهمية لـ «الأواب» والعقاب الذى توقعه الجماعة بأفرادها لينصاهوا

ومادام المجتمع يشكل أفراداً ، ومن الممكن أن يكون المجتمع مريضاً ، فقد يؤدي بكثير من الناس كما قال سوليفان إلى أن يصبحوا كاريكاتورات مشوهة لما كان يجب أن يكونوا عليه . وفي رأى زميله فروم أنه إذا كانت الثقافة مريضة وعوامل الهدم فيها هي الغالبة فإن الاحباطات التي يتعرض لها الفرد تؤدي به إلى أن يكون هداماً لنفسه ولغيره . وعلى هذا الأساس يمكننا أن نفكر في المجتمع كسبب للانحرافات والأمراض . وتبعاً لذلك يكون المجتمع نفسه بشكل ما وبصورة ما مجتهداً مريضاً . وتكلمت هورناي (ص ٧٦) عن الأساليب المرضية المكتسبة التي يحاول الإنسان الانتماء بها للغير كالاتجاه نحو الناس أو بعيداً عنهم أو ضدهم . وتكلم فروم (ص ٦٨) عن الطرق غير المنطقية للانتماء والتي هي في العادة واحدة من ثلاثة : السادية الماسوكية ، والهدم ، والانصياع الآلي . وأعطانا أنماطاً من الخلق هي العيل ، والاستغلال ، والكنوز ، والسلعة . وفي رأيه أن الثقافة هي المسؤولة عن تكوين مثل هذه الأنماط . وأعطانا سوليفان بالمثل (ص ٧٢) أنماطاً للناس طبقاً لاتجاهاتهم في التعامل مع الغير هي : السيكوپاثي ، والغارق في ذاته الذي يعيش في عالم الخيال والاماني ، والمقاوم للتقويم الذي يعادى كل الناس ما عدا أقاليمه يشعر أنه سيدها يعطف ويخون عاينها ، والسلبى ، والمتلعثم اجتماعياً ، والطموح ، واللا اجتماعى المنزل ، والعاجز ، والمنحرف جذبياً ، والمراق المزمن .

ولاشك أن هذه الأنماط وهذه السبل من سبل التعامل مع الناس وآها هؤلاء في الثقافة الغربية وكحصيلة للحياة فيها . وليس من الضروري أن توجد مثل هذه الأساليب ومثل هذه الأنماط في أى ثقافة أخرى وإن كانت تبدو أنها تصدق على أنماط وأساليب موجودة في ثقافتنا . إن لدينا الأنماط والأساليب المرضية التي

يحاول الكتاب تحديدها . ويتكلم الناس عن الفهلوى المصرى ، والإتهازى ، وجرسونات السلطة وخداميها ، والبقة ، والنذل ، والسلبى ، والإستغلالى ومن إليهم . ولاشك أن هناك شيا بين هذه الأنماط ومشيلاتها عند كتاب الغرب وإن كان لانماطنا طابعها الخاص الحتمى نتيجة للاختلافات الحتمية بين ثقافتنا والثقافة الغربية .

إن هناك من العلماء من يرفضون رؤية أخطاء فى النظام الاجتماعى ، ويرون أن المجتمع سوى ومعقول . ويتخذون ذلك كخلفية ناصعة تبرز عليها بقع سوداء تتكون من المنحرفين والمجرمين والسيكوباثيين والعاهرات ومن إليهم من المرضى ، وهؤلاء يجب أن يعاقبوا أو يزالوا حتى يحتفظ المجتمع بنقاؤه ونصاعته .

لقد أشرنا فى الفصل الثالث فى شرحنا لمعنى الصحة العقلية إلى أننا نرفض القول بأن الناس يمكنهم أن يتكيفوا لاي ثقافة وأى بيئة لأن الثقافة نفسها قد تكون مريضة والبيئة مريضة ، وأن محاولة التوافق معها ليس من الصحة العقلية فى شىء . ويعنى هذا كما سبق أن ذكرنا أنه من الممكن أن يكون هناك مجتمع مريض ومجتمع صحى سليم وإذا وجد المجتمع الصحى فإتنا يمكن أن نخطط للعلاج الاجتماعى . والمجتمع الصحى فى رأى فروم هو المجتمع الذى يشبع حاجات الناس إشباعا مناسباً . والمجتمع المريض هو الذى يفيض بأنواع الحرمان والتحريمات والاحباطات . ويخطئ أطباء النفوس إذا ظنوا أن مهمتهم هى مساعدة مرضاهم على التكيف للقيم والظروف القائمة . إن التكيف يتطلب الإدراك الواضح لكل المظاهر الهامة للواقع . فالمدرسة على سبيل المثال مسئولة عن إخراج مواطنين ناضجين لامعائيه سعداء ، والجامعات مسئولة عن أن يشعر الشباب بالاحباطات

والتناقضات والصراعات في المجتمع القائم حالياً حتى يتمكنوا من الاختيار بين السبل الممكنة للعمل .

والخلاصة أن التنشئة الاجتماعية ومعاملة الأسرة لأبنائها تخلق توترات وإحباطات إلا أن أوجه النشاط الاجتماعي في المستويات خارج الأسرة قد يكون لها قيمتها في التخفيف من هذه التوترات ومساعدة الفرد على التكيف . وهناك من الأدلة ما يدل على أن الإصلاح الاجتماعي يقلل من الصراعات على مستوى الجماعه الاولى . والعكس بالعكس فمن الممكن أن يزيد المجتمع من هذه التوترات والإحباطات .

أمام كل ذلك لماذا إذن يقاوم الناس التغيير وتصحيح الأوضاع في مجتمعهم ولا يبذلون أى مجهود أمام النكبات لتعديل بيئتهم والتخلص من العوامل والظروف التي أدت إلى نكباتهم . لقد قدم البورت وبرونر وجاندورف (١٩٤١) تحليلاً ممتازاً لذلك . إذ حللوا المذكرات الشخصية المفصلة لتاريخ ٩٠ من ضحايا الاضطهاد النازية . ولم يسعهم سوى تقرير أن المفحوصين قاوموا الاعتراف بخطورة الموقف الذي عانوا منه . وفي الحالات التي تحقق فيها أصحابها من الخطورة فشلوا في البداية في القيام بتوافق واقعي للموقف . وهناك أربع عمليات نفسية حالت دون مجابهة الموقف على اساس واقعي هي :

١ - المثابرة على تحقيق اهداف تفرضها الثقافة مثل امن الأسرة ، وتربية الاولاد ، والنجاح في العمل وما إلى ذلك .

٢ - الحاجة إلى الاحتفاظ بمجال حياة معمله محددة . إذ ان إختيار مجال جديد للعمل يهدد الامن ويقلب نظام انماط السلوك المعتادة ويضطر الفرد إلى التكيف لأنماط جديدة .

٣ - إيجابية جاذبية المؤلف .

٤ - الميكانيزمات الدفاعية اللاشعورية مثل إنكار الخطر وتبرير الموقف والتخيل والعزلة المؤقتة وكلها تعاونت على الكف عن القيام بعمل واقعي . ويمكن التعرف على هذه العمليات حتى في تفكير وسارك الأفراد الذين لم يلحقهم الأذى . والعجيب أن كثيرا من الأفراد يتعذبون ومع ذلك يظلون متمسكين بأنماط حياتهم مثلهم في ذلك كمثل البالغ المضطرب الذي يظل متعلقا بأشباعاته طفلية ، ويقمع في نفسه السعي للتضيق الإجتماعي والجنسي . إن النازية لما هددت ألمانيا تجنب كثير من الأحرار والأذكاء اتخاذ أي خطوة شاعرين بعدم المسؤولية الشخصية ولما نشأت الدكتاتورية عانى هؤلاء الناس من الإحباط وعدم التكيف وقاوموا وماتوا لما أصبح الوقت متأخرا . وفي رأي أن عجز الأحرار عن التعرف على بعضهم البعض والعمل سويا نتيجة للشك الذي يغرس في الغير كان من أهم من عاق التجمع ضد هتلر وديكتاتوريته .

وأخيرا يجدر بنا أن نشير إلى التغير الإجتماعي خاصة إذا كان سريعا . فأنماط السلوك ومكونات الشخصية ، كالموضات ، إذا كانت صالحة لوقت فإنها لا تصلح لوقت آخر . وهذا هو الأساس الذي يفسر به علماء النفس الإجتماعي الصراع بين جيل الآباء وجيل الأبناء . فأنماط سلوك الآباء كانت صالحة لعصرهم ولم تعد صالحة لعصر الأبناء .

والمعروف أن الشباب أكثر مرونة وأكثر تقبلا للجديد من هم أكثر منهم سنا . والتغير الإجتماعي الناتج عن الثورات الاجتماعية أو السياسية يغير في العادة أنماط سلوك جماعات بأكملها كما يحدث حين تسقط طبقة وتحل محلها طبقة أخرى . فالثورات الاشتراكية على سبيل المثال تجعل أنماط سلوك الطبقة التي كانت تسمى ارسقراطية بحكم الدم وبحكم الثروة وبالتالي وجود السلطة في يدها غير صالحة

وغير مناسبة للتغير الذى يضع أبناء طبقة جديدة فى السلطة . ومن المعروف أن من يصلون إلى السلطة من أبناء الطبقة الوارثة للحكم هم الأكثر نشاطا وأكثر طموحا . ولكن يترضون فى العادة الاصلالة والخبرة وفن الحكم مما يؤدى فى العادة إلى محاولاتهم لتصفية بعضهم بعضا . والتمسك بالمظهریات دون الاهتمام بالجوهر . فينتهى الامر إلى حكم الفرد والمزاج الشخصى للحاكم الجديد .

ومن اخطاء الثورات التقدمية اعتمادها دائما على من هم دون المستوى فى التعليم وفى الثقافة وفى المهارات الادارية والارتكاز على الايمان العقائدى ونحوه مما يجعل السبيل ممهدا امام المتسللين والادعياء من انصاف المتعلمين وانصاف المثقفين فتضع الثورات بذلك بينها وبين الكفاءات والعطاء حاجزا من عدم الثقة . فيسلك الى الادارة والقيادة من هم أقل خبرة وعلا وأقل اصالة :

وهكذا نجد أن التغير يؤدى إلى ما يسميه علماء الاجتماع بالحراك الاجتماعى من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى . كافتقار الغنى وبراء الفقير وزوال طبقة وقيام طبقة أخرى . ولا بد أن ينعكس هذا على أفراد المجتمع ويتفق مع ما سبق أن ذكرناه من أن المجتمع المريض لا بد وأن يفرض أمراضه على أبناءه . وإن كان السقوط أو الارتفاع الفردى له عتفه . فأقل منه عتفا سقوط أبناء طبقة بأكملها . لان الافراد يجدون العزاء فى مصائب بعضهم بعضا .

وأخيرا :

إذا كان المجتمع مريضا لن يجد فيه الفرد إلا الكراهية والشعور بالذنب بدلا من الحب والشعور بالامن .

العلاقة بالله

إذا شعر الإنسان بالشدة فأول من يفكر فيه والالتجاء إليهم أمرته ، فإذا لم يجد الأسرة لجأ إلى الناس : الأصدقاء والمعارف . فإذا لم يجد هؤلاء أو أولئك فإنه يلجأ إلى الله

والإلتواء إلى الله يتخذ نفس السبل التي تكلمت عنها كارين هورناى عن الإلتواء إلى الناس . فالإنسان إما أن يتحرك نحو الله أو ضده أو بعيدا عنه نتيجة لخبراته في الأسرة وفي المجتمع ولن نخوض هنا في نشأة مفهوم الله عند الطفل . ومن يرغب في ذلك يجد بغيته في كتابات للعالم السويسرى بياجيه وغيره ممن تناولوا هذا الموضوع نظريا وتجريديا بالبحث والتحصيل . ويكفى أن نذكر بدلا من أننا نعلم أطفالنا أن الله تسبق رحمته عذابه . نفعل العكس . ويذكر المؤلف أنه سمع حوارا بين طفلين في الحضانة عمر كل منهما لا يزيد على ثلاث سنوات . كان أحدهما يتهم الآخر بأنه أخذ قلبه وأنه لص وسيدخله الله النار . . فسأله المؤلف : من قال لك أن الله يدخل في النار . . ؟ فقال : أبله :

والواقع أن أطفالنا يشبون ونحن في المنزل وفي المدرسة وفي المجتمع وفي كل مجال لانعطيهم صورة عن الله غير صورة العقاب والعذاب والنار والانتقام وما إلى ذلك .

وعلى المستوى الواقعى فى التفاعل الإنسانى إن التلميذ لا يلجأ إلى معلم بمشكلته إذا كان المعلم قاسيا . ولا يلجأ به إلى أبيه إذا كان الأب متعاليا وبينه وبين أبنائه حجاب . فكيف يلجأ الناس بمشاكلهم إلى رب أخفيت عنهم رحمته . والإنسان بشعوره بالذنب الذى يتكون لديه حتما نتيجة علاقته

بالإباء وفي تفاعله مع الناس يسمى للمغفرة إما بالنصوف الساذج
والعبادة الطقوسية المزممة التي نادرا ما يجد فيها الحل . وإما بالابتعاد عن
الدين وترك دينه خلف ظهره فيما زاه في كثير من تحطيم القيم الدينية التي
تحكم سلوك الناس وإما بالالحاد ، والالحاد إنكار للقوى التي يمكن أن
تحاسب وتعاقب . والحصيلة أن الفرد بدلا من أن يجد الله ملجأ ،
ويجد عنده الحب والطمأنينة يولى عنه بشعور بالذنب وقلق وتوقع
للعقاب الغيبي .

إن مانود إبرازه هو أن العلاقة بأفراد الأسرة أو الناس أو الله التي يجب
أن تنتهي بالشعور بالحب والامن . تنتهي غالبا عند بعض الناس بالكراهية
والشعور بالذنب . والقلق أساس الاضطراب النفسي والمعرض النفسي .
الذي تبدو أعراضه في حاجتين . الحاجة الملحة للقوة . والحاجة الملحة للاشباع
الجسدى عن طريق اللذة الجنسية بانحرافاتهما المختلفة .

مراجع القسم الثاني

أ - الاضطرابات النفسجسمية والمضوية في المنع

1. Alexander, F., Psychosomatic Medicine, W.W. Norton & Co., New York, 1950.
2. Alexander, F. The influence of psychologic factors upon Gastro-Intestinal disturbances. In Silvan S. Tomkins, ed. Contemporary psychopathology, Harvard Un. Press, Cambridge Mass. 1944.
3. Alexander, F. & French, T. M. Psychoanalytic therapy. The Ronald Press Co., New York 1946.
4. Bellak, L. The emergency psychotherapy of depression. in No. 5.
5. Bychowski, G. & Despert, J. L. Specialized techniques in psychotherapy, Basic Books, Inc. New York 1953.
6. Landis, C and Bolles, M. M. Textbook of Abnormal Psychology, The Macmillan Co. New York 1950.
7. Netmiah, J. C. Foundations of Psychopathology. Oxford Un. Press, New York : 1961.
8. Quay, H.C. (Ed.) Research in Psychopathology, D. Van Nostrand Co., New York : 1963.
9. Sperling, M. Psychotherapeutic Techniques in Psychosomatic medicine, in No. 5.

10. Tomkins, S. S. (Ed.) Contemporary Psychopathology,
Harvard Un. Press. Cambridge, Mass, 1944.
11. Weiss, E., and O.S. English, Psychosomatic Medecine,
3rd edition, W.B. Saunders Co , Philadelphia, 1957.
12. WHO, Expert Committee on Mental Health. 12th
report Training of psychiatrists. WHO. Tech. Report.
Ser., 1963, No. 252.
13. 13th report,
Psychosomatic Disorders. WHO Tech. Rep. Ser.,
1964, No. 275

ب - التأخر العقلي والشيخوخة

1. Anastasi, A. and Foley J. P. J.r : Differential psychology
1949.
2. Garrison. K. C. : The Psychology of exceptional
children 1950.
3. Heck, A. O. : The Education of exceptional children
1953.
4. Landis, C. and Bolles, M.M. : Textbook of abnormal
psychology 1950.
5. Page, J. D. : Abnormal psychology, A Clinical Approach
to psychological deviants, 1947.
6. Tredgold, A.F.: A Textbook of mental deficiency 1947.
8. WHO, Expert Committee on Mental Health, 6th report.
Mental health problems of aging and the aged.
WHO tech. rep. Ser., 1958, No. 171.

9. 15th report.
Organization of services for the mentally retarded.
WHO tech. rep Ser., 1968, No. 392.
- 7 Walsh, D. & McCarthy, P. D. Suicide in Dublin's
elderly. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1965, 41(2),
227 — 235.

ج - الجريمة وانحراف الأحداث

1. Aichhorn, A. : Wayward youth, New York : Meridian
Book, 1955.
2. Andry, Robert G. : Delinquency and parental pathology,
Springfield : Charles C. Thomas, 1960.
3. Bennett, Ivy : Delinquent and neurotic children, New
York : Basic Books, 1960
4. Bolby, John : Forty-Four juvenile thieves : Their
character and home life, London : Bailliere, Tindall,
and Coy, 1946.
5. Bromberg, W and Thompson, O. B. The relation of
psychosis, mental defect and personality types to
crime: J. crim. Law Criminol, 1937, 28, 70 — 89.
6. Cleckley, H. : The mask of sanity, St. Louis : C. V.
Mosby Co., 1955.
7. Cottlieb, J. S, Ashby, M. C. and Knott, R J. Primary
behavior disorders and psychopathic personality :
Arch. Neurol. Psychiat, 1946, 56, 380 — 399.

8. Glueck, S. and Glueck, E.: Criminal careers in retrospect
N.Y., Commonwealth Fund, 1943.
9. Hathaway, S. P. and Monachesi, E. : Analyzing and ,
predicting juvenile delinquency with the MMPI.
Minneapolis, Univers. of Minn. Press, 1953.
10. : Types of personality structure
encountered in Child Guidance Clinics, American Jour-
nal orthopsychiatry Vol. XIV. No. 1 (January 1944).
pp. 84 — 94.
11. Hewith, L.E, and Jenkins, R.L.: Fundamental Patterns of
Maladjustment, Springfield; 1, 11. 1964.
12. Kahn E : Psychopathic Personalities, New Haven.: Yale
Un. Press, 1931.
13. Karpman, B. Psychosis with psychopathic personality, an
untenable diagnosis, Psychiatric Quarterly, 1951.
14. Kimberg, O.: On the concept of psychopathy, and the
treatment of the so-called psychopaths, Theoria, 1946.
15. La Piere, R. T. and Farnsworth, P.R. Social psychology
New York : McGraw Hill. 1949.
16. Lindner, R. : Rebel without a cause, New York ;
Grune and Stratton, 1944.
17. Lowrey, L. G. Delinquent and criminal personalities,
in Personality and the behavior disorders, Edited .
by J. McV. Hunt, 1944.

18. McCord, W and McCord, Joan : Psychopathy and delinquency, New York : Grune and Stratton, 1956.
19. Merrill, M. : Problems of child delinquency, New York : Houghton Mifflin Co., 1947.
20. Partridge, G. E. Current conceptions of psychopathic Personality. : J. Amer. J. Psychiat, 1930. 10, 93-95
21. Prichard, J. C.: Atreatise on insanity and other disorders effecting the mind, London: Gilbert and Piper, 1935.
22. Rabin, A. I. Psychopathic (Sociopathic) personalities in (Hans Toch, Legal & Criminal Psychology, New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.), 1961.

د - الجرائم الجنسية

- ١ - سعد جلال - في الصحة العقلية - مؤسسة المطبوعات الحديثة - ١٩٥٦
- ٢ - صالح مصطفى - الجرائم الخلقية دار المعارف - ١٩٦٢
3. Branham, V. C. : Sexual Perversion, Encyclopedia of Criminology, Edited by V. C. Branham and S. B. Kutash 1949.
4. Ellis, A. The Sex offender in (Hans Toch, Legal and Criminal psychology, New York: Holt, Rinehart and Winston Inc.) 1961.
5. Fenichel, O : The Psychoanalytic Theory of Neurosis, 1945.

6. Kinsey, A.C. et al : Sexual Behavior in the Human Male, 1948.
7. : Sexual Behaviour in the Human Female, 1963.
8. Landis, C. and Bolles, M. M : Textbook of Abnormal Psychology, 1950.
9. Mullahy, P. : Oedipus Myth and Complex, 1948.
10. Thompson, Clara : Psychoanalysis; Evolution and Development

هـ - إدمان المخدرات

1. Armitaga, G. H. and Sim, M, Barbiturate addiction and Sensitivity Brit. J med. Psychol., 1960, 33, 143-155
2. Ausubal, D.P. Causes and Types of Narcotic Addiction : A Psychosocial View. Psychiat. Quart., 1961, 53, 523 — 531 .
3. Bell, D.S. and Trethowan, W.H. Amphetamine Addiction J. Nerv. Mer. D.S. 1961, 133, 481 — 495.
4. Blackly, Paul. H., Pepper, Bertram, Scott, Winfield, and Baganz, Paul. Group Therapy and Hospitalization of Narcotic Addiction Arch. gen. Psychiat, 1961, 5, 393 — 396.
5. Cameron, Dale C. Addiction: Current Issues, American Journal of Psychiatry, 1963, 120 (4), 313 — 319

6. Chein, I. and Rosenfeld, Evan, Juvenile Narcotic Use;
Law and Contemp, Probs, 1957, 21. 62 — 68.
7. Chessick, Richard D. The "Pharmacogenic Orgasm" in
the drug addict. Ach, gen, Psychiat., 1960, 3,
545 — 556.
8. Chessick, R. D., Loof, D. H. and Price, H. G. The
alcoholnarcotic addiction : Quart. J. Stud. Alcohol,
1961, 22 (2) 261 — 268.
9. Clark, John A. The prognosis in drug addiction.
J ment, Sci, 1962, 103 (whole No. 455), 411—418.
10. Davidson, Henry A. Confessions of a goof ball addict.
American Journal of Psychiatry, 1964. 120¹(8) 750—756
11. De Pinto, R , Pinto, L. F., Sampaio, A., Sentos,
D., Kruschawsky, C. Azvedo, V. Nazareth de Andrade
A. and Silva N. Sociopsychological problems of
cannablism Neurobiologia, 1962, 25 (3—4), 9 — 19.
12. Eldridge, William B. : Narcotics and the law , A critique
of the American experiment in narcotic drug control,
New York : Univ. Press, 1962 XIV 204 p.
13. Fenichel, Otto : The Personality Theory of Neurosis,
London: Aegan Paul, Trench, Trubner and Co. Ltd.
1946.
14. Finestone, H. Cats, Kicks and color, Soc. Probs, 1957,
5, 3 —13.

15. Frazier, T. L. Treating Young Drug Users. A case work approach. Soc WK, 1962 7 (3), 64 — 101.
16. Freedman, Alfred M., Sager, Clifford J. Rabiner Edwin L., and Brolman, R. E. Response of adult heroin addicts to a total therapeutic program. American Journal of Orthopsychiatry, 1963, 33 (5) 890 — 899.
17. Headlee, C. P., Coppock, H. W., and Nichols, J. R. Apparatus and technique involved in a laboratory method of detecting the addictiveness of drugs : J. Pharmaceut. Ass, Scient. Ed, 1955, 44 (4) 229 — 231.
18. Hirsch, R. Group therapy with parents of adolescent drug addicts : Psychiat Quart., 1966, 56, 702 — 710.
19. Joint Committee of the American Bar Association and the American Medical Association on narcotic drugs. Drug addiction : Crime or disease? Bloomington, Ind.: Indiana Univ. Press. 1961. xiv 173 p.
20. Laskowitz, David, and Einstein, Stanley. Personality characteristics of adolescent addicts : Manifest rigidity. Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy. 1963, 9 (4) 215 — 218.
21. Kolb, L. and A.G. Du Mez : Experimental addiction in animals to opiates : Publ Health Rep, Wash. 1931, 46, No. 13.

22. Laskowiz, David. The adolescent drug addict. An Adlerian view. J. Indiv. Psychol., 1961, 17, 68—78.
23. Lawton, M. Psychosocial aspects of cigarette smoking. J. Hlth, hum behav., 1962 3(3), 163 —170.
24. Lawton, J. J. J., and Malmquist, C. P. Gasoline addiction in children Psychiat, Quart., 1961, 35, 555 — 561.
25. Mauver, D. W., and Vogel, V.H. : Narcotics and narcotic addiction 2nd ed. Springfield Ill : Charles C. Thomas, 1962, XII, 339 p.
26. Ray, March B. The cycle of abstinence and relapse among heroin addicts. Soc. Psch., 1961, 9, 132 — 140.
27. Rosenfeld, H. A. On drug addiction Int. J. Psycho. Anal., 1960, 41, 475-475
28. Saavedra, Alfredo. The use of coca in Latin America. Acta neuropsiquiat Argent., 1959, 5, 143 — 149.
29. Savitt, Robert A. Psychoanalytic Studies on addiction; Ego Structure in narcotic addiction : Psychanal, Quart., 1963. 32 (1), 43 — 57.
30. SeEVERS. M. H. Opiate addiction in the monkey. 11. Dilaudid in comparison with morphine, Heroin, and codeine. : J. Pharmacol., 1936, 56, 157 — 165.

31. Semereich, Carol. and Goes, Josahet Ferreira. Marijuana and mental disturbances. Neurobiologia 1962, 25, (3 — 4), 69 — 91.
32. Silverman, Lloyd H., Silverman, Doris K. Womb fantasies in heroin addiction : A Rorschach study. J. Proj. Tech., 1960, 24, 52 — 63.
33. Spragg, S. D. S., Morphine addiction in chimpanzees. Comp. Psychol. Monog. 1940, 15, 1 — 132.

و - إدمان الخمر

1. Bacon, Margaret K., Barry, Herbert, & Chilò, Irvin L. A cross-cultural study of drinking : II. Relations to other features of culture. Quarterly Journal of Studies on Alcohol. 1965, Suppl., 3, 29 — 48
2. Blalre, Howard T. Trends in the prevention of alcoholism. Psychiatric Research Reports, 1968 No 24, 1 — 9.
3. Blum, Eva M. Psychoanalytic views of alcoholism. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1966, 27 (2), 259 — 299.
4. Chodorkoff, Bernard. Alcoholism and ego function. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1964, 25 (2), 292 — 299

5. Drew, Leslie R. Alcoholism as a self-limiting disease. Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 1968, 29 (4 — A), 956 — 967.
6. Kendell, R. E. & Staton, M. C. The fate of untreated alcoholics. Quarterly Journal of Studies on Alcohol 1966, 27 (1), 30 — 41.
7. Parnitzke, K.H., & Prüssing, O. Kinder alkoholsüchtiger Eltern (Children of chronically alcoholic parents.) Psychiatrie, Neurologia und Medizinische Psychologie, 1966, 18 (1), 1 — 5.
8. Rathcd, N. H., Gregory, E. Blows, Derek, & Thomas, G.H. A two-year follow-up study of alcoholic patients. British Journal of Psychiatry, 1966, 112 (488), 683 — 692.
9. Ravasini, Carlo; Malvasi, Zenaide, & Margoni. Clinical observations and psychopathological considerations on female alcoholism. Revista di Psichiatria, 1968, 3 (1), 69 — 92.
10. Wood, Howard P., & Duffy, Edward L. Psychological factors in alcoholic women. American Journal of Psychiatry, 1966, 123(3), 341 — 345.
11. — 14th report, Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs. WHO Tech. Rep. Ser. 1967, No. 363.

ز - الانتحار

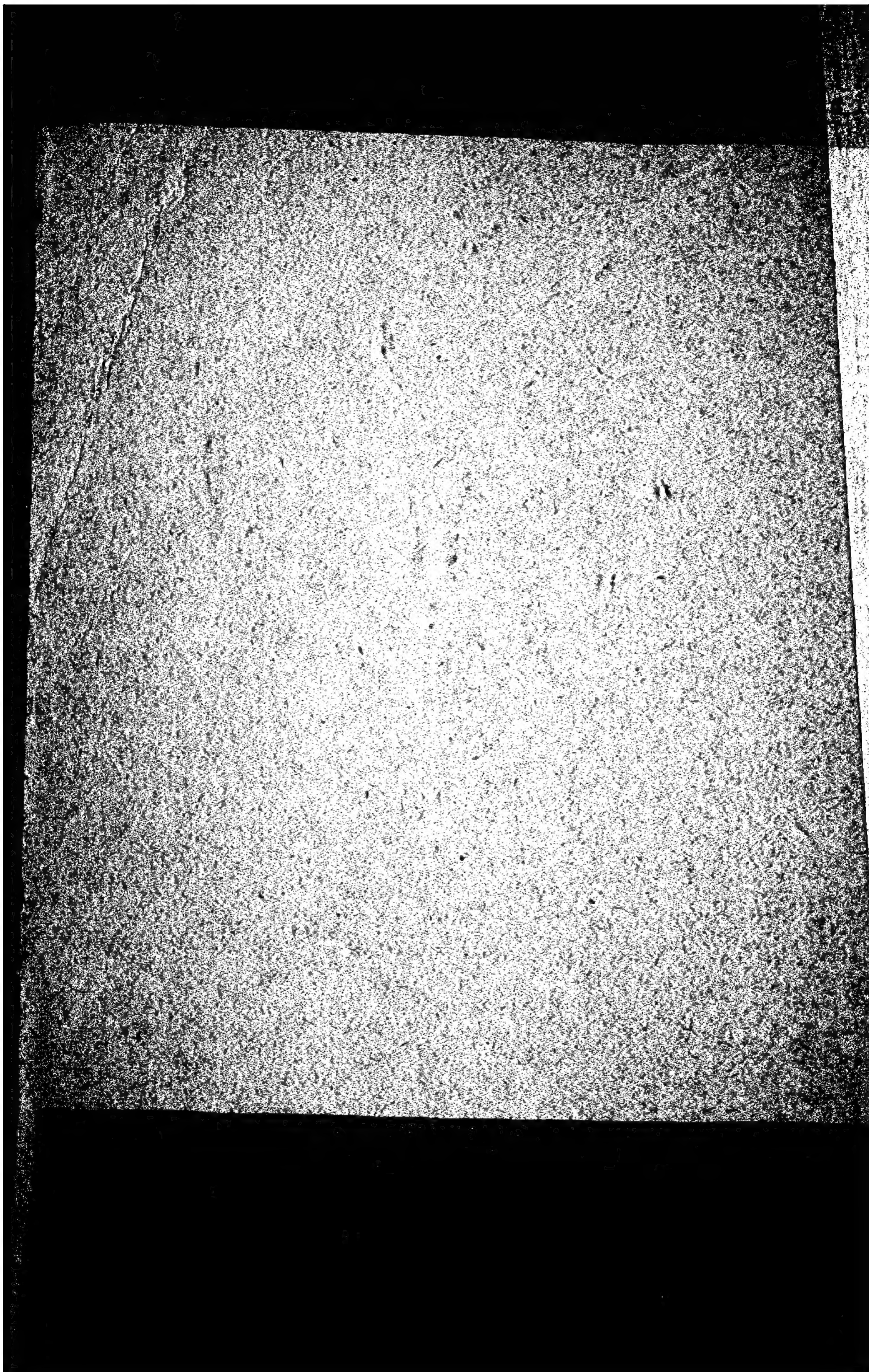
1. Barter, James T., Sweback, Dwight O., & Todd, Corthy. Adolescent suicide attempts : A follow-up study of hospitalized patients. Archives of General Psychiatry, 1968, 19(5), 523 — 527.
2. Bergsma, J. Suicide and suicide attempts, especially in young people. Nederlands Tijdschrift Voor de Psychologie en haar Grensgebieden, 1966, 21 (4), 245 — 275
3. Bigras, Julian; Gauthier, Yvon, Beuchard, Colte, & Tasse, Yolande. Suicidal attempts in adolescent girls : A preliminary study. Canadian Psychiatric Association Journal, 1966, 11 (Suppl), 275 — 282.
4. Bolin, Robert K., Wright, Robert E., Wilkinsen, Mary N., & Linder, Clare K. Survey of suicide among patients on home leave from a mental hospital. Psychiatric Quarterly, 1968, 42 (1), 11- 19
5. Breed, Warren. Male suicide : Los Angeles and New Orleans compared. Collection of Suicidology, 1968, December, 11 — 14.
6. Dublin, Louis J. Suicide : An overview of a health and social problem. Bulletin of Suicidology, 1968, December, 25 — 30.

7. Durkheim, Emile. Suicide. Ed. George Simson Trans. John A. Spaulding & George Simpson. NYC : Free Press, 1966.
8. Ettlinger, Ruth W. Suicides in a group of patients who had previously attempted suicide, Acta Psychiatrica Scandinavica, 1964, 48(4), 363 — 378
9. Farberow, Norman L. & McEvoy, Theodore L. Suicide among patients with diagnoses of anxiety reaction or depressive reaction in general medical and surgical hospitals. Journal of Abnormal Psychology, 1966, 71(4), 287—299.
10. Farberow, Norman L., Shneidman, Edwin S., & Neuringer, Charles. Case history and hospitalization factors in suicides of neuropsychiatric hospital patients. Journal of Nervous and Mental Disease 1966, 142(1), 32 — 44.
11. Giacanelli, Manlio. Attempt at suicide : Statistical study based on 383 cases. Zeitschrift für Psychotherapie und medizinische Psychologie, 1965, 15(6), 252—256.
12. Gould, Robert E. Suicide problems in children and adolescents. American Journal of Psychotherapy 1965, 19(2), 228 — 246.
13. Greer, S. Parental loss and attempted suicide : A further report British Journal of Psychiatry, 1956, 112(486), 465 — 470.

14. Haider, Ijaz. Suicidal attempts in children and adolescents, British Journal of Psychiatry, 1968, 114(514) 1133 — 1134.
15. Levi, L. David; Fales, Catharine H., Stein, Marvin, & Sharp, Vernon H. Separation and attempted suicide. Archives of General Psychiatry, 1966, 15 (2), 158—164
16. Otto Ulf. Changes in the behavior of children and adolescents preceding suicidal attempts. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1964, 40 (4), 386 — 400.
17. Pokorny, Alex D. A follow-up study of 618 suicidal patients. American Journal of Psychiatry, 1966, 122 (10), 1109 — 1116.
18. Prokupek, J. Seasonal occurrence of suicide. Ceskoslovenska Psychiatrie, 1968, 94(1), 13 — 20.
19. Rensik, Harvey L. (Ed.) Suicidal behaviors : Diagnosis and management. Boston, Mass : Little, Brown & Co., 1968.
20. Seiden, Richard H. Suicide capital A Study of the San Francisco rate. Bulletin of Suicidology, 1967, December, 1 — 10.
21. Teicher, Joseph D., & Jacobs, Jerry. Adolescents who attempt suicide: Preliminary findings American Journal of Psychiatry, 1968, 122 (11), 1248 — 1257.

22. Tuckman, Jacob; Youngman, William F.. & Kreizman, Garry. Multiple suicide attempts. Community Mental Health Journal, 1968, 4(2), 164—170
23. Waage, G. Suicide attempts among children and adolescents. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderdsychie, 1966, 15(1), 1 — 12
24. Waltzer, Herbert. Depersonalization and self-destruction American Journal of Psychiatry, 1968, 125 (3), 399 — 401
25. Weisman, Avery D. The psychological autopsy and the potential suicide. Bulletin of Suicidology, 1967, December, 15 — 24.

مطبعة المصري
ت ٣٧٤٠٦



١٠٠٩٨



١/٥٠٣٦٦٦ - توزيع

٢ ١٢٥٠

♦ ♦ ♦ ٥ ♦ ♦